

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

639

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Juillet 1898, à 1 heure.

PAR

Daniel DOMOND

Né à Jacmel (Haïti) le 25 mars 1873

RECHERCHES

SUR

LES GROSSESSES MOLAIRES

SE COMPLIQUANT DE

Vomissements incoercibles ou d'Albuminurie

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. SEGOND, professeur.

DELBET et VARNIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

639

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 22 Juillet 1898, à 1 heure.

PAR

Daniel DOMOND

Né à Jacmel (Haïti) le 25 mars 1873

RECHERCHES

SUR

LES GROSSESSES MOLAIRES

SE COMPLIQUANT DE

Vomissements incoercibles ou d'Albuminurie

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. SEGOND, professeur.

DELBET et VARNIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		FOUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBÈNE.
		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale	{	CACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses		BERGER.
Clinique chirurgicale	{	DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
		PANAS.
		GUYON.
Clinique ophthalmologique		N.
Clinique des maladies des voies urinaires		PINARD
Clinique d'accouchement	{	

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes chers Parents

A Madame et Monsieur Emile Méresse

A mes Amis

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le professeur Pinard

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Recherches sur les grossesses molaires se compliquant de vomissements incoercibles ou d'albuminurie

INTRODUCTION

Pendant longtemps, la grossesse molaire a été considérée comme une affection fort rare : M^{me} Boivin dit ne l'avoir rencontrée qu'une fois sur 20,000 accouchements. De nos jours, les auteurs la regardent comme plus fréquente : Engel (Centralbl. für gyn. n° 1, 1892) dit en avoir observé cinq cas sur 4,000 accouchements. Il n'est donc pas sans utilité de bien l'étudier, d'autant plus que son diagnostic présente souvent de sérieuses difficultés. Les erreurs sur ce point sont assez fréquentes et pour quelques malades ces erreurs ont été funestes par suite d'un traitement intempestif, témoins l'observation 1 (1) relatée dans le cours de ce travail et le cas d'une malade que nous avons eu l'occasion d'observer à la Charité ; celle-ci fut opérée pour une tumeur qu'on reconnut au cours de l'opération

(1) II^e Partie : Vomiss. incoercibles.

être une môle, et elle succomba à la suite de cette intervention.

Il nous a donc paru nécessaire d'attirer l'attention sur deux symptômes qu'on rencontre dans la grossesse molaire, et qui peuvent être d'un grand secours dans certains cas pour fixer le diagnostic et par suite, le traitement. Ces deux symptômes que différents auteurs ont déjà signalés dans ces dernières années sont l'albuminurie et les vomissements incoercibles.

Après quelques mots d'historique, nous rappellerons ce qu'est la môle, quels sont ses caractères macroscopiques et ses rapports avec l'utérus. Puis nous présenterons un aperçu clinique de la môle, lequel sera suivi de l'étude de nos deux symptômes : l'albuminurie et les vomissements incoercibles. Enfin, nous terminerons en essayant d'expliquer la pathogénie de ces accidents.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à adresser ici nos sincères remerciements à tous nos maîtres qui nous ont dirigé durant le cours de nos études médicales.

Que notre maître M. le professeur Pinard, à qui nous devons l'idée de ce travail, veuille bien agréer l'expression de toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Historique

Sous le nom de mûles, les anciens auteurs décrivaient une foule d'affections utérines fort différentes les unes des autres, tels que débris placentaires, polypes, exfoliations muqueuses et productions organiques de toutes sortes développées dans l'intérieur de l'utérus et qui en étaient expulsées. Écoutons à ce sujet ce que dit le professeur Depaul (1) : « Rien n'est plus obscur, encore aujourd'hui, que l'étymologie de ce mot. La plus naturelle est celle qui consiste à la faire dériver du mot latin *moles* qui signifie masse.

« Une dénomination aussi mal définie s'explique par l'ignorance dans laquelle se trouvaient nos devanciers sur la nature de certains corps qui sortent parfois de la cavité utérine. Il suffit de lire les observations qui nous ont été laissées par les auteurs anciens, pour se convaincre que, n'ayant à leur disposition que des moyens grossiers d'investigations, ils se laissaient guider par les apparences trompeuses ou entraîner par l'amour du merveilleux, qui a longtemps enrayé le progrès des sciences.

« On peut dire que toutes les tumeurs ou tous les corps s'en approchant, pouvant se développer dans la cavité de

(1) Dictionn. encyclopédique des Sc. méd. t. IX, 1875.

la matrice et s'en détacher à un certain moment, ont été décrits sous le nom de *môles*. Que dans une grossesse multiple, l'un des fœtus devenu malade subisse des transformations incomplètes et n'arrive qu'à une ébauche plus ou moins informe de l'être organisé qui l'a produit, on le considère comme une *môle*, alors qu'on aurait dû y voir un fait de tératologie facile à comprendre ; qu'un fibrome d'abord interstitiel, plus tard proéminent dans la cavité utérine, finisse par s'en séparer spontanément et par être chassé à l'extérieur, on déclare encore qu'il s'agit d'une *môle*, alors que la connaissance plus complète de certaines évolutions que peuvent subir les corps fibreux intra-utérins, aurait donné une explication toute naturelle de ce qui s'était passé.

« Qu'une maladie des villosités choriales caractérisée par le développement vésiculaire de leurs extrémités survienne pendant le cours d'une grossesse, qui a presque toujours une marche insolite, on a méconnu pendant longtemps la nature et le point de départ de cette singulière production, et on a fait une *môle* hydatique. Je n'en finirais pas, si je voulais passer en revue tous les corps qui peuvent sortir de la cavité utérine et qui ont été confondus sous la dénomination qui nous occupe ; — je me contenterai de signaler encore certaines exfoliations de la muqueuse de cet organe, qui, se produisent périodiquement chez quelques femmes en dehors de toute grossesse ; des masses fibrineuses qui, après un séjour prolongé dans la matrice, ont pris un aspect tout particulier ; des portions de placenta

altérées ou non, qui, après avoir été retenues pendant très longtemps à la suite de fausses couches et même de grossesses à terme, sont expulsées ayant perdu une partie de leurs caractères ; certains polypes distinctifs muqueux du col ou de la cavité utérine, des fragments de productions organiques de nature beaucoup plus grave, etc.

« J'en ai dit assez, je pense, pour faire comprendre, qu'à notre époque, il n'est plus possible de réunir sous une dénomination commune des faits aussi dissemblables, et qu'ils doivent trouver leur place toute naturelle dans la description des affections auxquelles ils appartiennent. »

Peu à peu, le nom de môle a été réservé au développement dans l'utérus de vésicules dont la pathogénie a excité pendant longtemps la sagacité des savants. En résumé, voici les conclusions de Virchow adoptées par MM. Cornil et Ranvier : *La môle vésiculaire dite aussi hydatiforme, môle kystique, dégénérescence kystique des villosités chorales est une maladie de l'œuf due à la dégénérescence myxomateuse des villosités chorales.*



Anatomie pathologique macroscopique

L'aspect macroscopique de la môle expulsée de l'utérus varie suivant l'étendue et la variété des lésions qui ont atteint l'œuf. On reconnaît avec Dubois et Désormaux trois variétés de môles :

- 1° Môle embryonnée ;
- 2° — creuse ;
- 3° — pleine ou en masse.

Dans la môle embryonnée on retrouve tous les éléments de l'œuf : la caduque forme à la môle une véritable enveloppe, et ce n'est qu'après l'avoir incisée qu'il s'écoule une certaine quantité de liquide clair et que les vésicules apparaissent entre les lèvres de l'incision. Au centre de la tumeur, on trouve une poche blanchâtre, assez résistante qui n'est autre que l'amnios renfermant un embryon ou un fœtus et du liquide amniotique. Ce fœtus est plus ou moins développé suivant que la dégénérescence a envahi une étendue plus ou moins grande des villosités choriales.

Parfois, cependant, la dégénérescence des villosités choriales n'est que partielle et alors l'enfant peut naître près du terme, mais dans ce cas, il est « malingre et très faible » (Depaul). Ou bien enfin, cas très rare, l'enfant va jusqu'à terme, naît vivant et bien portant.

Dans d'autres cas, à l'ouverture de l'œuf, on ne trouve

plus d'embryon, le fœtus a été dissous ou résorbé ; mais il existe au centre de la masse vésiculaire une poche liquide correspondant à l'amnios. Cette forme particulière constitue la môle creuse.

Enfin dans certains cas, la poche centrale que nous avons décrite ci-dessus, peut faire complètement défaut : la cavité amniotique a disparu et l'on ne trouve au centre de la masse vésiculaire qu'un tissu mou, jaunâtre, granuleux et spongieux tout à la fois. C'est cette forme de dégénérescence de l'œuf qu'on a décrite sous le nom de môle *pleine* ou en *masse*. C'est dans cette variété qu'on observe les môles les plus volumineuses : on en a vu peser jusqu'à huit et dix kilogrammes. Si on lave cette tumeur, et qu'on la débarrasse ainsi des caillots qui l'enveloppent, on voit qu'elle est constituée par un amas de petits kystes de forme et de volume extrêmement variés, reliés entre eux par de nombreux filaments très ténus et rattachés par leur périphérie à une membrane de couleur rougeâtre qui n'est qu'un reste de chorion.



Rapports de la môle avec la paroi utérine.

Duchamp dans sa thèse d'agrégation s'exprime ainsi au sujet des rapports de la môle avec la paroi utérine : « Dans le plus grand nombre de cas la môle se comporte vis-à-vis de l'utérus comme un œuf normal, c'est-à-dire qu'elle est séparée du muscle utérin, dans un point par la muqueuse utéroplacentaire, et dans le reste de son étendue par la caduque réfléchie et la caduque utérine soudée ou non, suivant l'époque de la gestation que l'on considère. Aussi la môle peut être expulsée en bloc, revêtue de la caduque qui lui forme une enveloppe »,

Dans d'autres cas, au contraire, cette enveloppe usée par le développement progressif de la môle se rompt. La môle vient se mettre alors directement en contact avec le parenchyme utérin (c'est ce qu'on constate quand la femme meurt avant d'avoir expulsé sa môle). Ses villosités se creusent des dépressions dans le muscle utérin, en sorte que la face interne de la matrice débarrassée de la môle, présente un grand nombre de cavités, de lacunes. Le muscle s'amincit de plus en plus sous la pression de ces villosités qui tendent à faire hernie à l'extérieur de la matrice. Le palper permet sur le vivant de sentir très nettement ces villosités qui donnent à la matrice une surface mamelonnée. Ces faits sont très importants à connaître car ils donnent

lieu parfois à des symptômes de péritonisme qui peuvent nous renseigner sur l'étendue de la lésion.

On a signalé des cas où la môle s'était développée dans l'épaisseur du muscle utérin et constituait ainsi une sorte de grossesse molaire interstitielle. Wolkmann en a rapporté un cas bien connu : l'utérus était séparé en deux loges par un diaphragme horizontal percé d'un orifice ; la loge supérieure contenant la môle était creusée dans l'épaisseur du muscle utérin ; la loge inférieure n'était autre que la cavité utérine.



Aperçu clinique de la môle.

Avant d'aborder le sujet principal de ce travail : l'étude de l'albuminurie et les vomissements incoercibles dans la môle, nous allons esquisser brièvement le tableau symptomatique de cette affection.

La majorité des auteurs qui ont étudié la môle au point de vue clinique s'accorde à dire qu'elle n'a pas de symptomatologie propre et que, la plupart du temps, elle se développe avec les signes d'une grossesse. Cependant quelques-uns parmi eux reconnaissent que ces *signes* sont souvent *exagérés* et présentent une perturbation dans leur succession : la discordance entre l'âge de la grossesse et le développement du ventre, les hémorrhagies précoces et tenaces, les vomissements, les troubles de la vue, certains œdèmes, etc., en témoignent.

Quoi d'étonnant que la môle évolue avec les signes d'une grossesse ? n'est-elle pas « *une complication de la grossesse* », et par conséquent susceptible d'évoluer sous le masque d'une grossesse ?

La môle vésiculaire est une « *grossesse compliquée* » et comme telle se développe avec les signes d'une grossesse avec cette seule différence qu'il y a un bouleversement, une complication surajoutée.

Suppression des règles. — La môle débute comme dans

une grossesse normale par la suppression des règles. Les signes généraux qui l'accompagnent sont variables : parfois la femme ne présente que l'état habituel qu'on rencontre dans le début d'une grossesse normale : nausées, vomissements au réveil, etc.; — D'autres fois (les multipares le disent bien), c'est une sensibilité très prononcée du ventre, des douleurs irradiées beaucoup plus prononcées que celles de leurs grossesses précédentes. Il en est de même des nausées et des vomissements. Le plus ordinairement et sans que les vomissements ni les hémorragies suffisent à expliquer cet état, — la femme est abattue, très faible ; les téguments sont décolorés ; l'amaigrissement est accusé. « Champreys chez une de ses malades constata une faiblesse extraordinaire, et dans les premières semaines de la gestation. Cette faiblesse, le teint terreux, l'amaigrissement précoce sans qu'on puisse incriminer les hémorrhagies, les vomissements ou la néphrite donnent l'idée de *cachexie cancéreuse*. L'abattement est parfois si considérable que les malades sont obligées de garder le lit pendant leur grossesse molaire » (Chailloux) (1).

Hémorrhagie. — Un symptôme très important de l'affection qui nous occupe, c'est l'hémorrhagie. Elle a pour caractère de ce montrer de bonne heure (vers le 2^e ou 3^e mois) quelquefois dès les premières semaines. Elle survient généralement sans cause appréciable, absolument à l'improviste et elle se produit à des intervalles plus ou

-- (1) Thèse Ouvry. Paris, 1897.

moins périodiques : la femme peut croire, alors, au retour de ses règles. Cette hémorrhagie présente, comme l'avait déjà dit Percy, des alternatives de pertes sanguines et de pertes aqueuses. Dans d'autres cas, l'hémorrhagie est précédée et suivie d'un écoulement aqueux ou séro-sanguinolent plus ou moins abondant ; ou bien encore le sang n'est pas pur, mais il se produit un écoulement séro-sanguinolent continu (Depaul ; A. Pinard). On a signalé certains faits dans lesquels l'hémorrhagie s'est prolongée jusqu'à ce que la môle fût expulsée. Ces pertes se font habituellement sans coliques utérines bien marquées, et à mesure qu'elles se rapprochent, elles deviennent de plus en plus abondantes au point de mettre en danger la vie de la femme.

Ce signe, bien qu'à peu près constant, peut manquer : c'est surtout dans les cas de dégénérescence partielle de l'œuf.

Utérus. — « Dans un seul cas sur huit, M. Pinard a constaté que le volume de l'utérus était en rapport avec l'âge de la grossesse. »

Le plus généralement, on trouve l'utérus beaucoup plus volumineux qu'il ne devrait l'être, ce développement exagéré se produisant surtout à partir du troisième ou du quatrième mois. On a trouvé à trois mois et demi l'utérus développé comme à 7 mois (M^{me} Boivin) ; à 4 mois il était parfois développé comme à 6 mois (Depaul).

Dans d'autres cas au contraire, l'utérus reste plus petit qu'il ne le serait dans une grossesse normale. « L'u-

térus offrait à 8 mois tout au plus le volume qu'il présente d'ordinaire au 5^e mois d'une grossesse fœtale » M^{me} Boivin. Laray a signalé un fait analogue (Nouveau journ. de Med., 1822). M. Pinard a également insisté sur ce fait et a rapporté deux cas de ce genre. Enfin, cas exceptionnel, l'utérus se développe normalement (Brâchet Pinard) ». Oui ; étude clinique de la môle vésiculaire. Revue d'obst., 1895.

Palpation. — La consistance de l'utérus est variable : tantôt il est dur et peu volumineux, tantôt il est flasque, mou, quasi fluctuant, surtout s'il y a un peu d'hydramnios ; malgré cette mollesse de l'utérus, il est ordinairement impossible par le palper de constater la présence d'un fœtus ; le ballottement manque aussi bien par le toucher que par le palper.

Auscultation. — Elle ne renseigne pas plus que la palpation ; elle ne permet d'entendre ni les bruits du cœur ni les mouvements du fœtus. Le souffle utérin seul (Depaul) est perçu quand la dégénérescence n'est pas trop étendue.

Expulsion des vésicules. — Le seul signe pathognomonique de la môle vésiculaire est l'expulsion des vésicules. Ce signe fait le plus habituellement défaut pendant la grossesse et n'apparaît malheureusement qu'au moment de l'expulsion de la môle, qui a lieu généralement du deuxième au sixième mois.

Abordons maintenant l'étude de nos deux symptômes : 1^o l'albuminurie ; 2^o les vomissements incoercibles.

Domond

2

I

Albuminurie

Les premiers auteurs qui signalèrent l'albuminurie dans la grossesse molaire furent Barnes, Krieger, Barthurst-Woodmann et Jamicson.

Hirtzmann (1) et Ancelet (2) décrivent la symptomatologie de la môle vésiculaire, signalent la possibilité de l'albuminurie.

Le D^r Duchamp (3) s'exprime ainsi : « Les éléments d'appréciation nous manquent pour établir si l'apparition de l'albuminurie dans l'urine est plus fréquente dans la grossesse molaire. L'albumine n'a pas été recherchée dans tous les cas ; lorsque l'examen de l'urine a été fait, on ne l'a pas toujours trouvée ».

En 1891, le D^r Schuhl (4) chercha quelle est la fréquence de l'albuminurie dans la môle. Il est arrivé à cette conclusion que la grossesse molaire se complique 10, 6 fois sur 100 d'albuminurie.

Ouvry (5) donne une proportion beaucoup plus

(1) Hertzmann. Thèse, Paris, 1874.

(2) Ancelet. Annales de gynécologie, 1876.

(3) Duchamp. Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

(4) Schuhl. Archives de tocologie, 1891.

(5) Ouvry. Thèse de Paris, 1897.

forte : sur 5 cas qu'il a examinés, il a trouvé 3 fois l'albumine dans les urines.

Nous avons fait des recherches dans ce sens et nous avons pu réunir dans les auteurs 127 cas. Sur ces 127 observations, nous avons trouvé l'albuminurie 30 fois, ce qui fait une proportion de 23,8 p. 100. Nous tenons à faire remarquer que nous avons éliminé de notre statistique tous les cas de môle où la femme présentait une lésion antérieure à la grossesse et capable par elle-même de produire l'albuminurie.

Voici ces observations que nous présentons, en les empruntant aux différents auteurs qui les ont publiées.



OBSERVATIONS

Observation 1 (1)

J . . , 22 ans, est admise le 22 septembre 1896 à la Maternité de Tenon, lit n° 12.

Antécédents héréditaires. — Mère morte en couche. Père bien portant, 2 frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — La malade présente dans la région cervicale des cicatrices d'abcès tuberculeux. Réglée à 15 ans. La menstruation est régulière et peu marquée. Retards fréquents.

Première grossesse il y a 18 mois ; accouchement à terme. L'enfant est mort à 13 mois de méningite. Pendant cette grossesse la malade avait des vomissements survenant plusieurs fois par jour, et souffrait du ventre.

Depuis cet accouchement, elle a conservé une certaine faiblesse due probablement à une diarrhée presque persistante.

La malade entre à l'hôpital pour des pertes rouges et se croit enceinte. Dernières règles le 18 mai 1896. Depuis cette époque, le ventre a augmenté progressivement de volume, est douloureux spontanément, mais nullement à la pression. Presque dès le

(1) Ouvry, Thèse de Paris, 1897.

début, des vomissements muqueux ou alimentaires, quelque fois verdâtres, apparaissent et surviennent plusieurs fois par jour.

Le 25 juillet. — Premières pertes rouges; d'abord ce sont quelques gouttes de sang rendues pendant 5 à 10 minutes chaque jour, puis pendant plus de temps, enfin actuellement les pertes sont continues, quoique peu abondantes. Ces hémorrhagies ne s'accompagnent point de douleurs, la malade, au contraire, se dit soulagée lorsqu'elles sont fortes. Cet écoulement est rosé, plutôt que rouge. Deux fois seulement des caillots ont été observés.

Actuellement, la malade est anémiée, de facies pâle et d'apparence cachectique; elle dit avoir maigri considérablement depuis ses pertes. Les seins ont grossi; colostrum. Pas de ligne brune; celle ci, au dire de la malade, aurait existé avant le mois de mai, puis se serait effacée. Œdème vulvaire depuis le début de septembre. Pas d'œdème des jambes.

Examen. — L'utérus remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on constate une masse globuleuse, médiane, molle, mobile transversalement. On sent de temps en temps des indurations qui semblent faire corps avec l'utérus, et donnent la sensation de corps fibreux; on les sent le plus souvent à la région supérieure droite de la tumeur abdominale: ces indurations sont variables de grosseur et de consistance suivant l'instant où on examine la malade. La perception de ces indurations semble liée à des contractions locales de l'utérus. On remarque que ces indurations provoquées par le palper persistent de 12 à 24 heures.

Le col est mou, abaissé, entr'ouvert. Le cul-de-sac antérieur est effacé, les culs-de-sac postérieur et latéraux sont libres. Pas de bruits fœtaux: souffle systolique sur l'étendue de la masse abdominale. Constipation habituelle, vomissements, langue bonne, estomac dilaté.

Poumons. — Matité dans les 2 bases.

Cœur. — Bruits normaux : mais le pouls, après avoir oscillé entre 100 et 120 dans les derniers jours de septembre, reste maintenant en 80 à 100.

Les urines sont abondantes, contiennent de l'albumine. La température est normale.

8 octobre. — 1² grammes d'albumine, régime lacté.

Le 9. — Les vomissements augmentent, les pertes sont plus fortes et franchement colorées.

Le 10. — Frisson le soir, temp., 40° 6, albumine 3 grs.

Le 12. — Température matin, 36° 5, pouls petit, l'état général est satisfaisant, albumine, 3 grammes. A 10 heures du matin, on pratique le toucher intra-utérin qui fait sentir un corps, ne donnant ni la sensation de membranes, ni celle du placenta. On pense à une môle possible. A 10 heures du soir, douleurs, et peu après hémorrhagie abondante. A minuit, la malade expulse un paquet de vésicules. M. Baron, interne du service, retire avec la main ce qui reste dans l'utérus, environ deux fois autant. La dilatation est d'une petite paume de main. Les parois internes sont grattées avec les doigts, puis avec la curette, peu de sang pendant cette intervention, gaze iodoformée dans la cavité, poids de la môle, 1410 grammes.

Les 13 et 14. — L'albumine a disparu, injection de sérum artificiel, 400 à 500 grammes, les vomissements ont cessé, le ventre est douloureux, céphalalgie intense, bourdonnements d'oreilles, temp. entre 37° et 38°, les urines ont augmenté considérablement.

Observation 2 (1)

Môle hydaforme

M^{me} X...., âgée de 40 ans et mère de dix enfants, m'a été adressée de province avec le diagnostic de tumeur maligne de l'utérus.

La malade a eu ses dernières règles le 20 septembre. A ce moment-là, sa santé était excellente ; elle n'avait jamais perdu en blanc ; il ne s'est jamais rien présenté de gynécologique dans son état, sauf que, depuis deux ans, ses règles étaient généralement plus abondantes que de coutume. Enfin toutes ses grossesses s'étaient terminées aussi bien que possible.

Le 20 octobre. — Ses règles ne vinrent pas ; la malade pensa d'abord à un retour d'âge, mais elle dut bientôt abandonner cette idée à l'apparition de douleurs de reins, d'une montée de lait et de maux de cœur, signes qu'elle avait tout lieu de connaître et qui lui rappelaient le début d'une grossesse.

A la fin de novembre, la malade a commencé à perdre du sang, et n'a cessé d'en perdre jusqu'au jour où elle me fut présentée. Cependant ses pertes, si elles étaient continuelles, étaient presque insignifiantes. D'ailleurs je me suis fait présenter ses linges et je constatai, ce qui fut du reste le point de départ de mon diagnostic, que ces linges étaient maculés de taches de sang mélangées de taches blanchâtres de provenance aqueuse ou séreuse. Enfin la malade avait dès lors cessé de croire qu'elle fut enceinte, parce que son utérus s'était développé extraordinaire-

(1) Ouvry, thèse de Paris, 1897.

ment. L'utérus remontait à l'ombilic, alors que la malade était à peine au 3^e mois de sa grossesse. La malade avait donc abandonné l'idée de grossesse ; seules quelques douleurs expulsives pouvaient encore l'y faire penser.

L'examen des urines décelait 8 grammes et demi d'albumine par litre.

La malade avait maigri depuis quelque temps.

Son médecin, qui m'a fourni avec exactitude ces renseignements précis, croyait qu'elle avait une tumeur maligne de l'utérus. Le seul récit du médecin, me fit conclure sans avoir vu la malade, à un cas de môle hydatiforme. D'ailleurs en examinant la malade, je rencontrai tous les signes qui m'avaient été annoncés. L'utérus était remonté au dessus de l'ombilic, de consistance inégale et bosselé. Au début, il donnait la sensation de liquide, mais cette sensation se modifiait si l'on continuait l'exploration, et l'utérus paraissait alors être de consistance dure. C'était une preuve qu'il se contractait. Au toucher, le col de l'utérus était mou, peu dilatable, sans ballottement en avant. A l'auscultation on ne percevait aucun battement, mais on entendait dans la profondeur, un souffle isochrone au pouls, je pratiquai l'hystérométrie et l'instrument s'enfonça complètement dans l'utérus.

Donc après avoir observé, par moi-même, tous les signes que l'on m'avait décrits, je conclus à une môle hydatiforme, et je basai mon diagnostic surtout sur les faits suivants : il y avait eu un début de grossesse accompagné d'hémorragies continuelles, et l'utérus offrait un volume qui n'était pas en rapport avec l'âge présumée de la grossesse.

Quelle conduite fallait-il tenir ? La malade pensais-je, doit accoucher fatalement un jour ou l'autre de sa môle ; dans ce cas, l'accouchement a lieu d'habitude du 2^e au 6^e mois ; comme nous

ne sommes pas encore au 4^e mois, nous pouvons donc en somme attendre. Mais la malade est affaiblie, elle continue à perdre du sang, elle sera d'autant plus faible que l'on attendra plus longtemps. D'autre part l'expulsion de la môle est un avortement, et dans un avortement on ne peut éviter la perte du sang de la part de la malade. Mieux vaut donc profiter de ce que la malade est encore à même de supporter une délivrance.

Cependant avant d'agir, je jugeai bon de prendre l'avis d'un collègue, accoucheur des hôpitaux : « Je crois votre diagnostic possible, me dit-il, mais je ne suis pas aussi absolu que vous ; je pense qu'il peut y avoir dans le cas qui nous occupe un fibrome de l'utérus en outre de la grossesse. »

On se décide enfin à pratiquer l'avortement. Un ballon Tarnier rempli d'eau phéniquée fut introduit dans l'utérus à 8 heures et demie du matin ; à six heures et demie du soir, il fut remplacé par un ballon de Champetier de Ribes dont l'effet fut d'avancer le travail et de produire chez la malade des douleurs expulsives. A 2 heures dans la nuit, la malade avait accouché du ballon et de sa môle sans grande perte de sang. Quelques heures après elle fut prise d'accidents syncopaux, et on dut aller chercher des débris de môle qui étaient dans l'utérus.

La malade a guéri sans accidents. Mais de petites pertes de sang ayant persisté, au bout de 3 semaines, un curetage secondaire fut pratiqué.

Observation 3 (1)

E. K., 42 ans, IX pare, femme d'un charron, a été réglée la première fois à 14 ans, d'abord irrégulièrement, puis régulièrement toutes les quatre semaines, deux à trois jours.

Sept fois la grossesse et l'accouchement furent normaux ; il y eut un avortement de sept semaines (7^e grossesse).

Les dernières règles ont eu lieu au milieu d'octobre : le début de la grossesse ne présente rien de particulier.

Le 22 décembre 1895 arrive tout à coup, sans cause, une abondante hémorrhagie qui dure 4 à 5 heures. On n'appelle pas de médecin. Quatorze jours après, nouvelle hémorrhagie abondante pour laquelle un médecin fait le tamponnement. Mais l'hémorrhagie se reproduit, les forces de la malade diminuent très vite. De fortes douleurs dans le ventre se produisent en même temps. La malade garde le lit depuis Noël.

Le 11 février 1896, elle entre à la clinique. La malade est très anémiée, elle a de l'œdème des jambes étendu jusqu'en haut des cuisses. Dans l'urine on trouve de l'albumine en abondance et au microscope, de nombreux globules blancs du sang, quelques hématies isolées, des cylindres granuleux en très grande quantité.

Le fond de l'utérus est à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, paraissant correspondre à une grossesse de 8 mois (au lieu de 4 dans le cas présent). On ne perçoit aucun bruit de cœur fœtal. Le canal cervical admet un doigt qui arrive sur des masses molles. Il n'y a aucune hémorrhagie à ce moment.

Le diagnostic posé à l'entrée est néphrite et môle.

(1) (Bellin) thèse 1896 Paris. Ob. V.

Dans la nuit, la malade est prise de douleurs et le matin survient une hémorrhagie considérable. Le col laisse passer la moitié de la main. Les hémorrhagies étant un danger pour la vie de la malade, on curetta manuellement l'utérus sous le chloroforme. On enleva plein deux vases de nuit de débris ayant la forme vésiculaire : dans le fond de l'utérus était le fœtus et le placenta. Après deux injections chaudes et une injection sous-cutanée d'ergotine, l'utérus revint bien sur lui-même et l'hémorrhagie s'arrêta.

Trois jours après, la température monte à 38°5 : ce fut l'ascension unique. D'ailleurs la convalescence fut ininterrompue. La malade sort le 14^e jour : le pouls est plein et fort, il n'y a plus aucun œdème. L'urine contient encore un peu d'albumine.

L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. L'orifice externe est fermé. Le canal cervical reconstitué.

L'enfant semble en bon état, il fait même à la sortie quelques mouvements de succion. Il mesure dix-neuf centimètres et demi. Le développement est très bon pour la durée de la grossesse. Le placenta est normal par rapport à l'âge de la gestation ; il est quelque peu lacéré.

La sérotine est un peu jaune. Cette circonstance ainsi que le siège de l'œuf au fond de l'utérus, en sorte que l'on ne pouvait l'atteindre qu'après l'évacuation de la môle, comme l'a démontré le curettage, montre que la môle s'est développée aux dépens du chorion sans gêner le développement de l'œuf et du placenta.

Observation 4 (1)

Mme G..., âgée de 31 ans, réglée pour la 1^{re} fois à l'âge de 10 ans, fut ensuite menstruée tous les 28 jours jusqu'à l'âge de 16 ans.

Depuis cette époque, les règles apparurent deux fois par mois et durèrent chaque fois pendant 8 jours.

Première grossesse en 1883, terminée à la fin du 7^e mois par la naissance d'un garçon qui vit encore.

Deuxième grossesse en 1887 — dernières règles le 23 février 1887. — Au milieu du 3^e mois de la gestation, hémorrhagie utérine peu abondante qui se produisit presque chaque jour. A la fin du 3^e mois, hémoptysie. A 3 mois et demi, se manifesta de l'œdème de la face, des membres inférieurs, de l'abdomen, qui persista pendant toute la grossesse. La femme se plaignit de céphalalgie, de troubles de la vue, d'épistaxis fréquentes. L'urine contient une *forte quantité d'albumine*.

La malade entre à la maternité le 17 juin, c'est-à-dire vers la fin du 4^e mois de la grossesse. Le fond de l'utérus se trouvait à ce moment à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On entendait distinctement le souffle utérin ; par le toucher vaginal, on ne constatait rien d'anormal.

On ordonna le repos au lit et le régime lacté. Le 19 juin, la quantité des urines des 24 heures est de 1,800 centimètres cubes et on trouve trois grammes d'albumine par litre. Du 20 juin au 7 juillet, la quantité des urines n'est plus que de 1,000 à 700 centimètres cubes par jour. La quantité *d'albumine par litre oscille entre 4 et 5 grammes*. L'examen microscopique n'a pas permis de

(1) Schuhl, Revue méd. de l'Est, 1888, t. XX, p. 19.

trouver des cylindres dans l'urine. La femme sortit de la maternité le 7 juillet non guérie de son albuminurie : l'œdème avait cependant beaucoup diminué. Le 13 juillet, elle expulsa une môle. L'œdème disparut vers le quinzième jour de la puerpéralité. Les urines, examinées le 15 août, ne contenaient plus aucune trace d'albumine.

Observation 5 (1)

Une femme de 32 ans, d'une bonne santé antérieure, ayant eu 4 accouchements normaux, fut observée par Runge au 4^e mois de la 5^e grossesse. Depuis trois semaines : œdème des jambes, urine peu abondante, toux, expectoration sanguinolente, actuellement œdème des membres inférieurs et de la face. Les urines rares (densité 1020) contiennent une *grande quantité d'albumine*, de nombreux globules blancs, quelques globules rouges et des cylindres granuleux. Hypertrophie du ventricule gauche, un peu d'œdème pulmonaire. Le diagnostic établi par Runge fut : dégénérescence partielle myxomateuse du chorion. L'expulsion de l'œuf confirma peu de temps après ce diagnostic. Le fœtus avait une longueur de 45 centimètres ; le placenta était le siège d'une dégénérescence myxomateuse des villosités choriales. La femme mourut peu de temps après l'accouchement par suite d'œdème des poumons et de la glotte. A l'autopsie, on constata une néphrite parenchymateuse, une hypertrophie du ventricule gauche, hydrothorax léger, œdème pulmonaire intense, œdème de la glotte. Les deux ovaires avaient chacun le volume d'un œuf de poule et contenaient plusieurs kystes transparents.

(1) Schuhl. Archiv. de Tocol. 1891, observ. 13.

Observation 6 (1)

Amélie, 38 ans, enceinte pour la troisième fois, est irrégulièrement menstruée depuis l'âge de 16 ans. Premier accouchement terminé par le forceps, il y a 4 ans, normal. Les règles ont depuis ce moment été aussi irrégulières qu'auparavant, mais sont devenues abondantes et ont eu une durée de 8 jours. Depuis le milieu du mois de septembre 1884, légères hémorrhagies; depuis 6 semaines, œdème de la paroi abdominale et des membres inférieurs et œdème pulmonaire. La malade entre à l'hôpital le 7 septembre 1884 à cause de douleurs lombaires et accès de dyspnée. On trouve, outre l'œdème, une *grande quantité d'albumine* dans l'urine. La cyanose et les signes d'œdème pulmonaire furent le 13 décembre si menaçants qu'il fut nécessaire de provoquer l'accouchement prématuré. La femme expulsa une môle en plusieurs morceaux. La dyspnée, l'œdème et l'albumine disparurent complètement, si bien que la femme put, le 23 décembre, être considérée comme entièrement guérie.

Observation 7 (2)

Femme B..., 36 ans, syphilitique.

Cinq grossesses, pas un enfant vivant, trois fausses couches à cinq et six mois, deux enfants à terme, l'un mort trois jours après sa naissance, l'autre à onze mois d'une méningite.

Depuis trois mois, pas de règles; depuis deux mois, *vomisse-*

(1) Schuhl. Arch. de Toccol. 1891, observ. 23.

(2) Blanchard, thèse, Lille 1897, obs. 6.

ments incessants. La femme est pâle et amaigrie. La raison est faible depuis un mois environ. Les rêves nocturnes disent l'alcoolisme, mais comme la malade se plaint en outre, depuis plus de 8 jours de bourdonnements d'oreilles, d'obnubilation, d'étouffements, on peut se demander s'il n'y a pas un peu d'urémie, car il y a de l'albumine dans l'urine. Pertes légères mais rapprochées de sang, depuis deux mois.

Expulsion d'une môle ; les vomissements cessent, disparition de l'albumine. Guérison.

Observation 8 (1)

Femme de 32 ans, bien portante jusqu'à ce jour. Elle a eu quatre grossesses normales. A partir du 4^e mois de la 5^e grossesse elle présente de l'œdème des membres inférieurs.

Urine rare ; densité 1020.

Beaucoup d'albumine dans l'urine.

Le cœur présente une hypertrophie du ventricule gauche.

La malade expulse une môle hydatiforme.

Observation 9 (2)

B..., 37 ans, est admise le 21 mars 1896 à la Maternité de Tenon.

Réglée à 17 ans, la malade a eu sept grossesses. La 1^{re} à 29 ans, s'est terminée par une fausse couche de 3 mois. A la seconde

(1) Rieck, thèse, Berlin 1890.

(2) Rieck, thèse de Berlin 1890.

et aux deux dernières — avril 1894 et mai 1895 — elle a accouché à terme d'enfants morts. La 4^e grossesse était gémellaire, les enfants nés à 7 mois ne vécurent que peu de jours. Deux couches normales avec enfants vivants.

Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, la malade, qui se croit enceinte à nouveau, glisse et, dans sa chute, son ventre vient porter contre l'angle d'un trottoir. A partir de ce moment, elle se plaint de douleurs abdominales, et constate que son ventre est plus gros et dur.

A l'examen, on trouve un utérus de volume moyen, mais d'une dureté ligneuse et dans lequel il est impossible de sentir aucune partie fœtale. Le fond utérin remonte à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic.

A l'auscultation on entend un souffle dans toute l'étendue de l'utérus, mais pas de bruits fœtaux. Le col est dur et fermé. (Edème généralisé, surtout marqué à la paroi abdominale. *Albuminurie en petite quantité*. Bruit de galop. Rien aux poumons. Pouls 110, temp. 37°.

La malade a eu son retour de couches le 16 juin 1895 et n'a pas été réglée depuis. Elle n'a du reste aucun écoulement, ni séreux, ni sanguinolent. Malgré la date de sa dernière menstruation, la malade ne se croit enceinte que de 3 mois et dit éprouver les mêmes sensations que pendant sa grossesse gémellaire.

On porte le diagnostic d'hémorrhagie inter-utéroplacentiare. On ordonne le régime lacté et le repos absolu.

Le 22 mars. — *Vomissements* et douleurs sourdes dans le ventre.

Le 23. — Hémorrhagie assez forte à la suite d'un toucher intra-cervical.

Le 24. — Les douleurs abdominales sont moins vives.

L'œdème a notablement diminué. L'utérus est toujours aussi dur.

Le 31. — Hémorrhagie : 400 grammes environ.

Le 1^{er} Avril. — M. Champetier de Ribes pratique la dilatation rapide à 10 heures et demie. Expulsion d'une môle. La malade est pâle, ses extrémités sont froides. Immédiatement injection de 500 grammes de sérum. Vomissements *bilieux*. Injection de caféine et d'éther. Pouls petit, rapide ; onze heures et demie, une injection intra-veineuse de 350 gr. de sérum, au cours de laquelle la malade mourut.

Observation 10 (1)

Barnes a observé une grossesse molaire chez une femme qui avait eu huit enfants à terme et trois avortements. Une fausse-couche avait eu lieu avant la grossesse molaire. Le dernier enfant était né trois ans auparavant et avait été allaité pendant deux ans. La femme eut, pendant la grossesse molaire, de l'*anasarque* et de l'*albuminurie*.

Observation 11 (2)

M^{me} X..., 32 ans, demeurant à Angers, est une femme dont la santé a toujours été excellente avant la grossesse molaire qui fait l'objet de cette observation.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Pas de traces de troubles nerveux.

Antécédents personnels. — Premier accouchement le 1^{er} mars

(1) Schuhl. Archiv. de tocol. 1891, obs. IV.

(2) Dr Tardiff. Annal. de gynéc. 1895.

1883. Rien à noter ni pendant la grossesse, ni au moment de l'accouchement, ni pendant le post-partum. La mère a nourri son enfant au sein. Aujourd'hui, à part une otite externe chronique depuis deux ans, cette enfant est en parfaite santé.

Première fausse couche en 1886, après trois mois et demi de grossesse. Aucune cause connue.

Deuxième fausse-couche en 1888, après 4 mois et demi de grossesse. Cause inconnue. Cependant, d'après quelques renseignements personnels, le père aurait eu quelques accidents fraccatoriens.

Histoire de la maladie. — Dernières règles au commencement de janvier. Fin février, des vomissements apparaissent d'abord le matin ; puis après huit jours ils augmentent de fréquence et au 8^e mois, ils se produisent de 10 à 15 fois par jour. Cet état dure plus d'un mois ; peu de temps après, la môle fut expulsée.

En même temps que ces vomissements, apparaissent des troubles de la mémoire très marqués qui ne firent qu'augmenter en même temps que les vomissements ; eux aussi devenant plus fréquents. Au 8 mars, la malade commença à perdre du sang d'une façon continue et en petite quantité. En même temps douleurs vives à la partie inférieure de l'abdomen, que rendent intolérables les vomissements et même la plus légère pression. Un médecin consulté porte le diagnostic de péritonite, applique des vésicatoires, puis des frictions mercurielles, et ordonne des potions calmantes.

Ces vésicatoires furent suivis d'une éruption furonculaire (sept) et ont laissé en guérissant, des cicatrices très pigmentées. Après 15 jours de ce traitement, un autre docteur, un dosimètre ou un homœopathe est consulté. Il ordonne des quantités énormes

de granules qui eurent au moins le mérite de faire diminuer les vomissements. Quoiqu'il y eût *un peu d'albumine* dans les urines, le médecin en question crut devoir permettre un libre choix dans les aliments.

Si les vomissements avaient cessé ou à peu près, il n'en était pas de même des troubles mentaux qui allaient plutôt en s'aggravant. La mémoire était complètement perdue ; la malade oubliait même qu'elle était mariée. Par moments, elle montrait une exagération considérable dans les sentiments affectifs, et qui bientôt faisait place à une apathie profonde, où apparaissaient surtout les troubles de la mémoire et une grande hypocondrie. Le palper abdominal était extrêmement pénible. On sentait cependant l'utérus régulier, à un large travers de main au-dessus du pubis.

Au toucher, col mou, long, segment inférieur régulièrement distendu, donnant une sensation de rénitence toute particulière. Toujours des pertes de sang. Quoique la malade puisse pendant ces 3 dernières semaines prendre quelques aliments, elle est d'une faiblesse extrême et son amaigrissement est considérable.

Le 18 avril apparaissent des coliques violentes, suivies bientôt, en l'absence de secours médicaux, d'un écoulement de sang plus considérable et de l'expulsion rapide (en une heure) d'une môle vésiculaire volumineuse qui, malheureusement, n'a pas été pesée ni conservée.

Post-partum. Les urines examinées le lendemain laissent toujours percevoir un peu d'albumine, qui disparaît deux jours après, sous l'influence du régime lacté. . . .

Observation 12 (1)

Femme de 36 ans, a eu sept grossesses normales. Pendant la grossesse actuelle, elle a eu au 5^e mois des hémorrhagies qu'aucun traitement n'a pu arrêter. Son état s'aggrave de plus en plus ; elle a de la diarrhée, des vomissements, de l'œdème et de l'*albumine* dans les urines.

4 semaines plus tard, elle expule une môle volumineuse. Pas de fœtus.

Observation 13 (2)

Le lundi 25 août 1890, entre à l'hôpital Necker une malade âgée de 23 ans, envoyée par un médecin avec le diagnostic d'ascite albuminurique (?).

A 2 heures et demie de l'après-midi, nous sommes appelés pour cette femme qui avait été prise d'une métrorrhagie formidable ; son lit était couvert de caillots de sang, elle était pâle, décolorée et lipothymique. En la découvrant nous sommes frappés par le volume de son ventre, qui est arrondi, saillant et non étalé comme dans l'ascite. Les membres inférieurs et les grandes lèvres, la paroi abdominale sont fortement infiltrés.

Nous pratiquons le toucher immédiatement, et nous trouvons un col ramolli, ayant gardé sa longueur, l'orifice externe ainsi que l'interne perméables et permettant de sentir dans la cavité utérine une masse de consistance ferme, analogue à celle du

(1) Koch. *Memorabiliën*, 18^e année, p. 21, ob. 43.

(2) Buscarlet. *Archiv. de tocologie*, novembre 1890.

placenta. Le doigt ne ramène aucun débris, pas de caillots, et à la suite d'une injection très chaude l'hémorragie s'arrête.

En palpant l'abdomen, nous trouvons qu'il est distendu par la présence d'une tumeur qui n'est autre que l'utérus augmenté de volume dépassant l'ombilic de deux à trois travers de doigt. Cet organe est tendu, assez ferme ; on ne distingue au palper aucune sensation qui rappelle celle d'un fœtus. Le toucher combiné au palper ne donne pas d'autres renseignements. Pas de bruit de cœur fœtal à l'auscultation.

L'hémorragie s'étant arrêtée, sans avoir eu recours au tamponnement que nous nous proposons de faire, nous interrogeons la malade. Elle nous apprend que son ventre n'a grossi que depuis quinze jours rapidement ; ses règles n'ont jamais cessé, au contraire, depuis un mois elle a eu des métrorrhagies répétées, de plus en plus abondantes, surtout depuis 8 jours. Un médecin appelé a constaté la présence d'albumine dans les urines, a attribué le volume de son ventre à de l'ascite, l'a mise au régime lacté et lui a donné de l'ergotine.

Jamais elle n'a senti remuer, ses règles n'ont pas cessé, elle n'a pas vomi.

Cependant les seins sont augmentés de volume, les tubercules de Montgomery saillants, pigmentés, et à la pression il s'écoule du colostrum.

Flots d'albumine dans les urines. — Dans ses antécédents, nous trouvons deux grossesses antérieures datant l'une de trois ans et demi et l'autre de 18 mois.

Dans la soirée, sans qu'il y ait eu de nouvelle hémorragie, la malade perd connaissance, se refroidit de plus en plus, et, malgré les piqûres d'éther répétées, meurt.

Le toucher pratiqué immédiatement avant la mort permettait de constater que l'orifice interne du col n'était plus perméable.

Autopsie (résumée). Utérus très développé (7^e mois environ), môle : 1,600 grammes. Pas trace de placenta normal ; pas de fœtus ; pas de cavité amniotique. Les deux ovaires ont chacun le volume d'une orange et sont atteints de dégénérescence kystique multiloculaire. Reins volumineux, blanchâtres, mous, fortement altérés. Cœur pèse 275 gr. ; pas de lésions.

Poumons sains. Pas d'ascite.

Observation 14 (1)

La malade dont il est question fut traitée par le Dr de la Harpe et par le Dr Mœhrle à Orbe. Cette malade avait vu se développer chez elle, depuis quatre mois environ, une tumeur abdominale prise dès le début pour une grossesse.

Vers la fin du deuxième mois, quelques symptômes anormaux se présentent, tels que anorexie, grande faiblesse, suivis, un mois plus tard, de petites hémorrhagies utérines ; le sang était tantôt liquide, tantôt en caillots. Ces hémorrhagies durèrent jusqu'à la fin de la maladie, sans toutefois qu'il y eut des symptômes d'anémie bien marqués.

Il faut noter que la malade n'avait, pendant tout ce temps, pas eu de gonflement des seins. Enfin vers la fin du 4^e mois, on voit apparaître *l'anasarque avec albuminurie*, puis hydrothorax avec bronchite, orthopnée. Vers cette même époque, lorsqu'on appliquait la main froide sur le ventre on percevait quelques contractions utérines légères.

(1) Dr de la Harpe. Archiv. de tocolog. 1874.

Au toucher, le col était ramolli, court (1 cent. 1/2) boursoufflé, semblable à ce qu'il est dans les derniers jours d'une grossesse normale ; l'orifice interne était fermé M. de la Harpes pensa que cette tumeur abdominale pourrait bien être une môle. M. Mœhrle eut la même opinion. On administra de l'ergot de seigle. La malade accoucha peu après d'une môle hydatique très volumineuse. Sitôt après l'anasarque et l'albuminurie disparurent. La malade eut encore une hémorrhagie très abondante, mais aujourd'hui elle est entièrement rétablie. La fausse grossesse avait eu une durée de quatre mois et demi.

Observation 15 (1)

Koffer rapporte le cas suivant : Femme de 28 ans, primipare admise le 31 mars. A 8 ans elle avait eu la variole. Depuis elle a été bien portante. Réglée à 15 ans. Depuis le 15 décembre 1892, interruption de la menstruation.

Etat présent : l'urine renferme de *l'albumine en abondance* et quelques cylindres. *L'albumine ne fait qu'augmenter dans l'urine d'une façon inquiétante*, malgré le régime lacté, les bains, etc. On diagnostique une môle hydatique. La patiente expulse un fœtus macéré de 210 grammes, et une demi-heure après, une grosse môle hydatique. A l'époque de l'expulsion, la quantité d'urine est très faible, de 450 cc. par jour ; la teneur en albumine de 12 ‰ ; il y a, en outre, des masses de cylindres sanguins, de cylindres hyalins et granuleux et de globules blancs et rouges.

(1) Centralblatt für Gynaekologie XVII, p. 750.

Observations 16, 17 (1)

Hegar se demande si, en dehors de l'hydramnios et des maladies du placenta, la dégénérescence myxomateuse de l'œuf n'est pas, elle aussi en rapport de connexité avec l'abuminurie. Il cite deux observations qui paraissent justifier cette hypothèse.

Observations 18 (2)

Emma J..., 33 ans fut admise à l'hôpital le 22 septembre 1879 avec le diagnostic : néphrite, insuffisance mitrale, grossesse, métrorrhagie.

On constate de l'œdème des jambes et des grandes lèvres. L'utérus dépasse le niveau de l'ombilic. *Forte albuminurie*. Enceinte de 3 mois. Dernières règles juillet 1879. En 1875 elle a fait une fausse couche de 3 mois.

Le 22 septembre expulsion d'une môle volumineuse. Les deux premiers jours furent satisfaisants ; le troisième fièvre, lochies fétides. Malgré l'administration de la digitale, le poulx reste mauvais, 140 pulsations.

Quelques jours plus tard, grande amélioration, la malade se remet et quitte l'hôpital le 22 octobre 1879.

(1) Schuhl. Arch. de tocologie 1891, obs. XVI et XVII.

(2) Rieck. Thèse de Berlin 1890, .

Observation 19 (1)

Sarah E..., 37 ans, mariée, tisserand. Son dernier enfant est venu au monde il y a 20 mois. Elle n'a pas eu depuis de fausses couches.

Ses règles ont été régulières jusqu'au mois de janvier. Depuis deux mois elle a un écoulement coloré plus ou moins considérable. Vers le milieu du mois d'avril, elle s'est refroidie et vers la fin du même mois elle s'est aperçue que ses jambes enflaient. A cette époque, l'urine était rare et fortement colorée. La malade continua néanmoins de travailler jusqu'au 11 mai où, se sentant extrêmement faible, elle fut envoyée à l'hôpital. A son entrée, on constate un œdème considérable des jambes et des cuisses ainsi qu'une forte toux. A l'auscultation, respiration rude sous la clavicule gauche et un peu de crépitation à la partie postérieure et à la base des deux poumons.

Pouls 82, faible. Cœur : les bruits à la base, sont plus durs qu'à l'état normal. La langue est bonne. Appétit bon.

Urine rare, acide, 1027 et *fortement albumineuse*.

Orifice utérin, ramolli, ouvert ; col peu développé.

L'utérus atteint l'ombilic et le bruit placentaire est parfaitement perceptible à gauche, près du fond.

Le 21 mai à 5 heures du matin hémorrhagie utérine abondante. La malade est très pâle.

Expulsion d'une môle ; pas de fœtus.

(1) Jamieson. The Lancet 1867. vol. II. p. 259.

Observation 20 (1)

Kaltenbach, à la réunion des naturalistes de Wiesbaden (1882) a attiré l'attention sur la coexistence de l'albuminurie et des maladies de l'œuf. Il a trouvé parmi celles-ci une dégénérescence myxomateuse du chorion dans une grossesse gémellaire dans laquelle un des œufs était resté sain.

Observation 21 (2)

Weise, âgée de 31 ans, fut envoyée le 1^{er} janvier 1889 dans la clinique obstétricale avec le diagnostic d'affection cardiaque néphrite gravidique, œdème (pas d'éclampsie). Enceinte pour la 3^e fois ; le premier enfant est vivant ; elle dit avoir expulsé une môle en 1884. Depuis trois ans, palpitations cardiaques lorsqu'elle se fatigue. Dernières règles au commencement d'août 1888. Au début du mois de septembre, léger écoulement sanguin ; depuis la fin d'octobre, hémorrhagies qui persistent jusqu'à l'accouchement. L'œdème apparut au commencement du mois de décembre. A son entrée à la clinique, les extrémités inférieures étaient très œdématiées, la face légèrement bouffie, les bras et l'abdomen ne présentent pas d'œdème. Le même jour, la malade eut une hémorrhagie abondante accompagnée de l'expulsion de portions de môle ; l'utérus peut être vidé, grâce à l'introduction de la main dans la matrice. La môle avait environ le volume d'une tête de fœtus. L'urine au début était trouble, foncée, contenant *beaucoup*

(1) Schuhl. Archiv. de tocologie 1891 ob. XVIII.

(2) Schuhl arch. de tocol. 1891 ob. XXI.

d'albumine et quelques cylindres ; sa quantité n'était que de 300 cent. cubes. Bientôt la quantité des urines remonta à 2400 cent. cubes et l'albumine disparut.

Observation 22 (1)

E. H..., 24 ans, célibataire, domestique, fut admise le 4 avril (1865) à London Hospital avec de l'anasarque générale notamment des extrémités inférieures avec œdème pulmonaire, dyspnée et un peu de bronchite. Depuis le mois de décembre 1863 jusqu'au mois de février 1865, la patiente n'avait pas eu ses règles. Depuis février (6 semaines environ) elle a des hémorrhagies presque continues. Depuis l'apparition de ces hémorrhagies la malade est un peu hydropique. Elle présente maintenant une tumeur abdominale égale à une grossesse de six mois. Elle se dit enceinte de trois mois et demi. L'auscultation reste négative. Urine rare : son poids spécifique est de 1020 environ.

Elle renferme une *énorme quantité d'albumine*.

Le 14 avril au matin, nouvelle hémorrhagie accompagnée de douleurs d'expulsion.

Le 15 au matin, expulsion partielle d'une môle. Le soir, expulsion de la môle. Poids 4 livres.

Le 16 et le 17, forte dyspnée, rétention d'urine. L'albumine a diminué.

Le 18, la malade mourut en syncope.

(1) Dr Woodmann. Transac. of the obstétrical Soc of London vol VII 1866.

Observation 23 (1)

Laurence P..., âgée de 45 ans, entre le 8 juillet 1879, à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. le Dr Laure. Pas de maladies antérieures. Régulée à 18 ans, elle a eu 6 grossesses normales et à terme. Sa dernière couche remonte à dix neuf mois.

Depuis quatre mois, cette femme dit avoir perdu l'appétit et éprouvé divers malaises, tels que nausées, vomissements bilieux ou alimentaires et un peu d'oppression.

Elle présente en outre, actuellement, de l'œdème des jambes. de la bouffissure de la face et des paupières, et se plaint de divers troubles de la vue.

Les urines contiennent *une grande quantité d'albumine*.

L'abdomen, très œdématié, permet néanmoins de percevoir une tumeur remontant à peu près au niveau de l'ombilic, tumeur irrégulière dans sa forme donnant la sensation de ballottement et se déplaçant en partie sous l'influence de la pression, comme si elle était douée d'une certaine réductibilité. Cette femme se croit enceinte, mais il est impossible d'entendre les battements du cœur du fœtus, ni même le souffle utéro-placentaire. Le col est un peu mou et entr'ouvert, mais encore très allongé et ne présentant pas la consistance d'un col de sept mois, à supposer une grossesse qui n'existe pas.

10 juillet. — Hémorrhagie très abondante. M. le Dr Laure, jusque-là très indécis, suppose l'existence d'une tumeur fibreuse utérine, et prescrit en conséquence du seigle ergoté, etc.

28 juillet. — Douleurs expulsives pendant la nuit, hémorrhagie très abondante qui détermine l'interne de garde à pratiquer le

(1) M. Hayvernât. Arch. de tocolog. : 1880, p. 383.

toucher ; il aperçoit alors, au milieu des caillots sanguins, des débris de kystes hydatiques, en grappes de raisins, et parvient à en extraire de l'utérus environ 800 grammes. Hémorrhagie consécutive très abondante.

28 juillet. — Sous l'influence de la glace et du seigle, l'hémorrhagie a cessé, l'utérus est revenu sur lui-même, mais le ventre est très ballonné, ce qui rend la palpation fort difficile.

La malade demande son exeat le 5 août, bien que son urine contienne encore de l'albumine, se croyant absolument guérie.

Observation 24 (1)

Je suis appelé, le 28 juillet 1883, pour voir à M... la nommée Marie E..., âgée de 37 ans. Cette femme, mariée depuis 18 ans, n'a jamais eu d'enfants, quoique parfaitement réglée. Au commencement de mai, ses règles furent supprimées, et peu après apparut de l'œdème de la face et des malléoles. Quinze jours après l'apparition de l'œdème, surviennent des *vomisements* qui se répètent tous les jours, à plusieurs reprises avec un état général relativement bon. Dans le courant du second mois, la malade commença à perdre un peu de sang, et ces métrorrhagies se renouvelèrent assez fréquemment sans trop porter atteinte à la santé générale. Presque en même temps que ces métrorrhagies, surviennent de la céphalalgie et des accès de dyspnée.

Le 25 juillet, jour de ma 1^{re} visite, la malade perd un peu de sang ; elle a la face bouffie, les paupières tuméfiées ; l'œdème des

(1) Dulac, Gazette hebdomadaire de Médec. et de Chirurg. Février 1884.

jambes remonte jusqu'aux genoux. Vomissements, pas de diarrhée, céphalalgie intense, vue affaiblie. Température normale.

Les seins sont plus gros que d'habitude et le mamelon laisse échapper à la pression une sérosité lactescente. Le col est ramolli. Le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale permet de constater une notable augmentation du volume du corps de l'utérus.

Les réactifs ordinaires décèlent dans l'urine *une assez forte proportion d'albumine*. Diagnostic : grossesse probable et néphrite albumineuse. — Traitement : régime lacté, bromure de potassium, tannin.

Pendant le mois d'août, sous l'influence du régime lacté, les vomissements quoique existant toujours, ne sont pas aussi fréquents, l'œdème diminue, la céphalalgie n'est plus aussi intense ; mais, à la fin du même mois, survient brusquement une cécité presque absolue, sans que l'ophtalmoscope révèle de lésion au fond de l'œil (cécité urémique). La malade a des pertes de sang peu abondantes, et ne paraissant pas l'affaiblir beaucoup.

Dans le cours du mois de septembre, l'amélioration fait des progrès ; la vision se rétablit. La malade se promène. Légères métrorrhagies, vomissements.

Cependant les mouvements actifs du fœtus ne sont pas appréciables. L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal. Pas de signes certains de grossesse. Le fond de l'utérus, dévié à gauche, remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Souffles abdominaux. Beaucoup d'albumine dans les urines.

26 septembre. Une métrorrhagie très abondante apparaît très brusquement sans cause appréciable. Le col ramolli est entr'ouvert. Il est évident que la fausse couche va se faire. La

perle dure trois jours et le 28 l'utérus, par des contractions très douloureuses, expulse une môle des plus volumineuses qui emplit en entier une cuvette. Une petite portion de placenta est saine et le reste de la masse est composé d'une multitude de vésicules transparentes de diverses grandeurs, les unes isolées, les autres adhérentes et formant comme une sorte de grappe.

La portion de placenta non dégénérée laisse voir à la coupe de petits foyers hémorrhagiques très nombreux.

29 septembre. — Des vésicules isolées sont encore expulsées par l'utérus.

30 septembre au 13 octobre. — La perte de sang continue et dure 4 à 5 jours. Puis il s'écoule du pus d'odeur fétide. Petits frissons, ventre ballonné. La température s'élève. Injection phéniquée, 25 p. 1,000.

13 octobre. — La malade éprouve subitement des mouvements convulsifs (attaque d'éclampsie) ; elle perd connaissance, et, quand elle recouvre ses sens, on s'aperçoit qu'elle est frappée d'hémiplégie à gauche.

Il n'y a que cette seule attaque. Les mouvements et la sensibilité reviennent peu à peu au membre inférieur d'abord, puis au membre supérieur, et aujourd'hui, 26 décembre, il ne reste plus qu'un peu de parésie du membre inférieur gauche.

L'urine ne contient plus d'albumine. La malade peut être considérée comme définitivement guérie.

Observation 25 (1)

La nommée Hortense L..., ménagère, âgée de 28 ans, mariée, a eu 4 enfants : ses couches se sont toujours passées d'une façon normale, et n'ont jamais donné lieu à aucun accident.

Elle fut réglée pour la dernière fois vers le milieu du mois de mai 1894. Rien à noter dans les premiers mois de grossesse.

Le 8 octobre 1894, elle nous fit appeler pour la première fois : elle avait des hémorrhagies depuis 8 jours. Les pertes continuent toujours à se produire : la malade très nerveuse ne s'en trouve pas affaiblie. Le poulx est fréquent : 120 ; il est régulier. Pas de souffle au cœur.

Utérus régulièrement développé, remonte jusqu'à l'ombilic il a une forme nettement globuleuse, il ne présente pas de saillies en aucun point. Pas de parties fœtales résistantes.

Auscultation : souffle utérin très marqué. Pas de battements fœtaux. Le col est ramolli, légèrement entr'ouvert.

Diagnostic. — Grossesse avec insertion vicieuse du placenta.

Vers le 15 octobre, elle nous déclare qu'elle vient de sentir pour la première fois remuer son enfant.

La palpation ne permet de reconnaître aucune partie fœtale, l'auscultation ne renseigne pas davantage.

Au début du mois de novembre, les jambes commencèrent à s'enfler et l'œdème devient assez marqué : il remontait jusqu'au pubis. Les urines examinées le 3 novembre, ne présentaient pas la moindre trace d'albumine. L'état général reste bon : poulx 120, les hémorrhagies continuent.

(1) Dr V. Desbonnets. Ob. résumée Journ. des Sc. médicales de Lille 1895 p. 538.

L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'œdème des jambes et du pubis devenait plus considérable. Les urines, examinées le 26 novembre, décelaient la présence d'une *quantité assez notable d'albumine*.

6 décembre, hémorrhagie brusque, très abondante.

7 décembre, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite ; pas de douleur dans le ventre, pas de contraction utérines.

L'œdème des jambes et du pubis a complètement disparu.

9 décembre, pas d'hémorrhagie. Dans l'après-midi, les contractions utérines commencent à se montrer : les douleurs deviennent de plus en plus rapprochées : les hémorrhagies réapparaissent.

Le toucher montre une dilatation presque complète. L'orifice du col est rempli par une masse molle comme spongieuse. A 9 heures les hémorrhagies continuant toujours et menaçant de devenir graves, nous nous décidons à une intervention. Dans notre idée, l'accouchement ne se produisant pas parce que le placenta n'était pas encore complètement décollé et nous voulons hâter son expulsion. Pendant les manœuvres, la main ramène quelques vésicules : diagnostic. Môle. Expulsion.

10 décembre. — La face est bouffie, les doigts sont enflés ; l'œdème des membres inférieurs et du pubis n'est presque plus marqué. Pouls 130. T. A. 38°7. Les urines, examinées le soir même, contiennent une énorme quantité d'albumique.

11 décembre, à 10 heures du matin T. A. 38°4.

La bouffissure de la face augmente, l'œdème des mains est plus marqué. La malade se plaint d'avoir la tête lourde : un peu de *céphalée* ; un peu de mal aux reins.

12 décembre, T A 39°8 le même jour vers 4 heures du soir,

grand frisson, délire, la température s'élève rapidement et la malade meurt à 6 heures du soir.

Observation 26 (1)

Femme d'une bonne santé habituelle, mariée depuis six mois avec un militaire en congé temporaire ; son mari, depuis, fut rappelé pour rejoindre son régiment, qui partait pour l'Italie (1859). Il partit, en effet, le 5 mai. La malade en eut une vive émotion, et les métrorrhagies commencèrent dans la nuit du 5 au 6 mai. Elle se disait alors enceinte de 4 mois ; il y avait, en effet, suppression des règles, ramollissement du col, qui était entr'ouvert, bruits de souffles intenses dans toute la région abdominale, sans bruits de cœur ni mouvements fœtaux, ni les autres signes rationnels de la grossesse.

On put constater par les réactifs ordinaires, la présence de *l'albumine en assez grande quantité* dans l'urine. Dans la nuit du 19 au 20, la malade expulsa une môle volumineuse.

Le 27, la malade fut prise de frisson et malgré des injections d'eau chaude (on n'employait pas encore l'eau phéniquée), des accidents puerpéraux survinrent (phlébite) et la malade succomba le 7 août, à 8 h. du soir, à une infection purulente.

(1) D^r E. Verrier. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1883, p. 809.

Observation 27 (1)

Femme de 30 ans, VI pare, atteinte d'*albuminurie grave* au 5^e mois de la grossesse. Avortement artificiel amenant l'expulsion d'une môle vésiculaire après de fortes hémorrhagies. Curetage et tamponnement de l'utérus pour combattre les hémorrhagies persistantes. L'utérus restant gros, on fait quelques semaines après un nouveau curetage qui ramène des masses molles pulpeuses. Les hémorrhagies s'arrêtent. L'état de la malade continue à s'aggraver et elle mourut 4 mois après l'expulsion de la môle,

Observation 28 (2)

Femme de 42 ans, qui a eu déjà cinq grossesses heureuses ; dernier accouchement il y a deux ans; règles établies normalement jusqu'à il y a 4 mois. Depuis cette époque, disparition des règles. Perte de sang continuelle, tantôt plus, tantôt moins. Au 4^e mois, survient une hémorrhagie plus grave. M. Hamon est appelé, remarque la bouffissure de la face et trouve une *grande quantité d'albumine* dans les urines. En pratiquant le toucher, il ramène avec le doigt quelques vésicules qui fixent le diagnostic. Accouchement provoqué : expulsion d'une « masse hydatique » grosse comme une tête de fœtus à terme. La femme se rétablit rapidement et l'albuminurie diminue très notablement aussitôt après ce véritable accouchement pour disparaître complètement ; 15 jours plus tard, on n'en trouvait plus trace.

(1) Muller. Revue obstétricale, 1896.

(2) Hamon. Gazette des Hôpitaux, 1858, p. 494.

Observation 29 (1)

L... Marie, 24 ans, forte constitution, se plaint de langueurs d'estomac, d'anorexie et de *vomissements*. Les règles sont supprimées depuis 4 mois ; elle a la *figure bouffie* et les jambes enflées, quelques pertes légères depuis ces 4 mois. L'analyse des urines révèle un *abondant précipité d'albumine*. On croit alors à une grossesse compliquée d'albuminurie.

Le 14 novembre, la femme eut dans la journée une forte céphalalgie, fut prise subitement de véritables accès d'éclampsie avec perte de connaissance complète.

Trois jours après, la malade expulsa une môle sans grande hémorrhagie. Retour à la santé très lent. L'anasarque généralisée de nature albuminurique fut long à disparaître.

Observation 30 (2)

M^{me}..., femme délicate, 36 ans, multipare, me consulta quelque temps avant pour un prolapsus utérin relevé au moyen du pessaire Napier.

Vers la fin de 1884. Graves symptômes dont les plus importants sont : une faiblesse croissante, couleur blafarde de la peau et hydropisie des extrémités. Cœur faible et irritable mais sans trace de lésion.

Légère albuminurie, mais normale, étant donné la gravité de son état.

(1) Dr Malichécq. Gazette des hôpitaux, 1866, p. 323.

(2) Balm-Picke. The Lancet, 1^{er} juillet 1882, p. 1872.

En janvier 1882, elle réclame une consultation.

Examen : Tumeur développée au centre de l'abdomen qu'on croit être l'utérus. Le col est fermé. Cette femme a une perte saignée depuis quelques semaines, et n'est pas réglée depuis sept semaines.

L'examen, répété plus tard, permet de constater un col suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de trois doigts. On peut ainsi détacher le contenu utérin en s'aidant de la compression externe de l'utérus. La substance extraite de cette façon est demi purulente et très odorante, mais elle a tous les caractères de la môle hydatiforme.



Etude du symptôme : Albuminurie

Fréquence. — De l'étude de nos observations, il ressort que l'albuminurie est un symptôme fréquent (23,8 p. 0/0) de la grossesse molaire. Elle nous a paru encore plus fréquente que le montre notre proportion ; car, sur les 127 observations que nous avons analysées, 94 fois l'analyse des urines n'a pas été signalée. Cependant un grand nombre d'entre elles présentaient les mêmes caractères que ceux des observations ci-dessus, c'est-à-dire : œdème, tantôt partiel, tantôt généralisé, céphalée, épistaxis, dyspnée, en un mot, tout le cortège qui accompagne l'albuminurie gravidique. Plusieurs de ces observations ont été prises à une époque où l'on s'occupait très peu d'analyser l'urine des femmes enceintes. Si l'on s'en occupait alors, c'était généralement dans les trois derniers mois d'une grossesse. Depuis qu'on connaît la relation qui existe entre l'albuminurie et l'éclampsie, les analyses sont devenues plus fréquentes. C'est ainsi qu'à la consultation externe de la clinique Baudelocque, aucune femme n'en sort, quel que soit l'âge de sa grossesse, sans que l'analyse de ses urines n'ait été faite. Nous sommes sûr que si cette excellente pratique s'était plus généralisée, nous aurions pu nous approcher beaucoup plus de la vérité. Cependant, nous tenons à faire remarquer que l'albuminurie dans la môle

paraît être devenue plus fréquente depuis qu'on s'occupe davantage de l'analyse des urines ; ainsi, sur nos 30 observations, la plupart ont été publiées dans le courant de ces vingt dernières années. Malheureusement, on a négligé, et on néglige encore beaucoup, sauf exception, l'analyse de l'urine des femmes au début de leur grossesse. On ne s'en occupe que quand on a la main forcée par une complication quelconque.

Sur nos 127 observations, nous n'en trouvons que trois seulement où l'analyse des urines est indiquée et où elle est négative.

Epoque d'apparition de l'albuminurie dans la grossesse molaire. — Dans les 30 observations que nous avons rapportées, nous trouvons 24 fois les renseignements sur l'époque de la grossesse à laquelle on a constaté la présence de l'albumine et dans les 6 autres observations, cette indication fait défaut.

1 fois elle a été signalée au 1^{er} mois de la grossesse.

2	—	—	—	2 ^{me}	—	—
2	—	—	—	2 ^{me} 1/2	—	—
4	—	—	—	3 ^{me}	—	—
2	—	—	—	3 ^{me} 1/2	—	—
8	—	—	—	4 ^{me}	—	—
4	—	—	—	5 ^{me}	—	—
1	—	—	—	6 ^{me}	—	—

6 cas, pas d'indications.

On voit, d'après ce tableau, que l'albuminurie est toujours signalée dans les *six premiers mois*. Il est vrai-

semblable qu'il en est de même pour les six cas où l'époque de son apparition n'est pas indiquée ; car, en général, la môle est expulsée avant le 6^e mois. L'albuminurie de la grossesse molaire est donc une albuminurie *précoce*. Au contraire, celle qu'on observe dans la grossesse normale est généralement *tardive* dans son apparition ; du reste, elle est relativement rare : 3 cas sur 800 grossesses d'après M. Varnier (Germont, thèse de Paris, 1893).

Maintenant que nous en avons fini avec la fréquence de l'albuminurie et avec l'étude de son époque d'application, nous avons cru qu'il serait instructif de comparer la fréquence de l'albuminurie dans la grossesse molaire avec celle de l'albuminurie dans une grossesse normale âgée au plus de six mois, enfant vivant. Pour établir cette comparaison, nous avons fait quelques recherches à la clinique Baudelocque. Sur 200 femmes (100 multipares, 100 primipares) ne présentant aucune lésion capable par elle-même de produire l'albuminurie, nous en avons trouvé trois seulement (2 pour les primipares et 1 pour les multipares), chez lesquelles l'urine contenait un « léger nuage » d'albumine ; de plus, l'une de ces femmes était tuberculeuse. On voit par ces chiffres que l'albuminurie est tout à fait exceptionnelle dans les six premiers mois d'une grossesse normale, tandis qu'elle est très fréquente, comme nous venons de le démontrer, dans les mêmes six premiers mois de la grossesse molaire.

L'albumine accompagnant la grossesse molaire présente un caractère digne de remarque : nous voulons parler

de sa quantité. Elle est généralement très abondante. Voici ce que nous trouvons dans nos observations :

Dans l'obs.	1 :	12 grammes d'album. par litre
—	2 :	8 1/2 — —
—	3 :	albumine en abondance
—	4 :	forte quantité d'alb. (4 et 5 gr.)
—	5 :	grande quantité d'albumine
—	6 :	—
—	8 :	beaucoup d'albumine
—	13 :	flots d'album. dans les urines
—	15 :	albumine en abondance en voie d'augmentation
—	18 :	forte albumine
—	20 :	urine fortement albumineuse
—	21 :	beaucoup d'albumine
—	22 :	énorme quantité d'albumine
—	23 :	grande —
—	24 :	beaucoup d'albumine
—	25 :	assez notable quantité d'albumine
—	26 :	— grande —
—	27 :	albuminurie grave
—	28 :	une grande quantité d'albumine
—	29 :	abondant précipité d'albumine

Voici donc 20 de nos observations où l'albumine est indiquée comme très abondante. Pour les 10 autres ce caractère n'est pas noté.

Autre caractère : Si on parcourt nos différentes observations on est frappé immédiatement de ce fait que l'albu-

mine de la grossesse molaire n'est pas un symptôme isolé, mais qu'il s'y rattache presque toujours un certain nombre d'accidents qu'on est accoutumé à voir figurer à côté d'elle. Nous voulons parler de ces œdèmes souvent précoces, comme l'albuminurie elle-même, œdèmes tantôt partiels (face, membre, poumons, etc.), tantôt généralisés ; ou bien ce sont des troubles de la vue, de la mémoire, des céphalalgies, des épistaxis fréquentes (obs. 4), en un mot tout le tableau d'une insuffisance rénale. Dans trois de nos observations nous notons des attaques d'éclampsie.

Enfin il reste à signaler un dernier caractère de la grossesse molaire : c'est sa disparition rapide après l'expulsion de la môle (obs. 1, 6, 7, 11, 14, 21). Notons ici que ce fait coïncide avec ce que nous observons dans les cas d'albuminurie grave survenant au cours d'une grossesse normale. En effet, on voit dans ces cas l'albumine disparaître en général des urines aussitôt après l'évacuation de l'utérus. Il y a donc, à ce point de vue, une analogie complète entre l'albuminuries de la grossesse molaire et celle de la grossesse normale.



II

Vomissements incoercibles

Cet accident a été signalé depuis longtemps par les médecins qui ont eu l'occasion d'assister des femmes présentant une grossesse molaire. Plusieurs auteurs, au chapitre: Étiologie des vomissements incoercibles de la grossesse, reconnaissent parmi les nombreuses causes invoquées, les maladies de l'œuf. M^r Guéniot (1), dans une étude sur l'étiologie et le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, s'exprime ainsi: « Plus rarement encore que dans le cas précédent, la grossesse se trouve compliquée d'une maladie de l'œuf. Le diagnostic alors reste ordinairement très obscur, car ce n'est guère qu'après la fausse couche et l'examen du produit de conception que cette cause à peine soupçonnée se révèle avec ses véritables caractères ». Il cite à ce propos une observation très intéressante (obs. 10).

En avril 1897, à la session de la Société obstétricale de France, M. Bué en a rapporté deux observations. Peu de temps après, il publia dans la *Presse Médicale* du 21 juillet 1897 un 3^e cas de môle avec vomissements incoercibles. I a femme qui fait le sujet de cette dernière obser-

(1) Bull. de l'Acad. de Méd., 1889.

vation s'était « présentée à la clinique avec des vomissements et à cause de ces vomissements » (Bué).

Dans la même année 1897, M. Blanchard (1), étudiant la symptomatologie de la môle, arrive à cette conclusion : « Les vomissements graves peuvent être considérés comme l'un des symptômes, inconstant il est vrai, de la grossesse molaire ».

Comme pour l'albuminurie, nous avons cherché, tant dans la bibliographie française que dans la bibliographie étrangère, les cas intéressants à ce point de vue. Sur les 127 observations de môle rassemblées par nous, nous en comptons 19 qui présentent des vomissements incoercibles, soit une proportion de 15,1 p. 0/0.

Observation 1 (2)

V. E..., 20 ans, entre le 31 octobre 1895, dans le service de M. Gérard Marchant, salle Richard Wallace, 14, à l'hôpital Tenon.

Réglée à 14 ans, mariée à 20 ans, la malade assure avoir été toujours bien réglée. Sa dernière menstruation date de 8 jours, mais celle-ci a été brusquement interrompue à la suite d'un coup de pied reçu sur le ventre. Depuis 48 heures, la malade a des

1) Blanchard. Thèse de Lille, 1897.

(2) Ouvry. Thèse Paris, 1897.

vomissements incessants. Ce sont ces vomissements, et des douleurs abdominales qu'elle ressent depuis son traumatisme, qui déterminent la malade à entrer à l'hôpital. Son aspect anémié, presque cachectique, frappe tout d'abord. Paraissant absolument hébétée, elle répond fort mal aux questions qu'on lui pose.

1^{er} novembre. — On sent dans l'abdomen une tumeur sus-pubienne remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur n'est pas absolument médiane, mais un peu inclinée à droite. Elle est molle, n'a pas une forme ronde, globuleuse, mais paraît plutôt aplatie d'avant en arrière. Nullement douloureuse à la pression. Le col n'est pas ramolli. On ne perçoit pas les annexes. Les seins sont développés, tubercules de Montgomery ; pas de colostrum.

Du 19 au 24 novembre, à l'époque qui correspond aux règles, la malade perd du sang. Malgré les différents traitements institués, les *vomissements incoercibles* persistent.

20. — M. Champetier de Ribes, appelé à voir la malade, constate une tumeur excessivement molle, le col utérin lui paraît complètement indépendant de la masse.

1^{er} décembre. La tumeur semble avoir diminué de volume, elle remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, actuellement elle arrive à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. Les vomissements incoercibles, l'affaiblissement de la malade, le développement de la tumeur pendant 4 semaines et même son retrait, engagent à intervenir.

Laparatomie le 2 décembre. — M. Gérard Marchant constate un utérus du *volume des deux poings*, en forme de galette plate, pâle; sa palpation ne permet pas de reconnaître de parties fœtales. Sa dépressibilité est très accusée. L'abdomen est refermé.

Après cette laparotomie exploratrice, les vomissements ces-

sent ; légère hémorrhagie utérine le second jour. La malade ne sort pas de cet état d'hébétude et de prostration qui existaient avant l'intervention. Cet état s'accroît même les jours suivants. Son teint est terreux.

9. — La malade succombe sans avoir présenté aucun phénomène de péritonite, sans avoir eu d'élévation thermique, n'ayant accusé aucune douleur abdominale.

Autopsie. — Rien dans le péritoine, ni dans les organes, pouvant expliquer la mort.

L'aspect de l'utérus est tel qu'il a été vu au cours de l'opération. Sa cavité est remplie dans sa moitié supérieure par une môle visculaire du volume du poing et dans sa moitié inférieure par des caillots (Pas d'analyse d'urine signalée).

Observation 2 (1)

Le 23 novembre. — Entre à la Clinique, Dev... (Marie), 30 ans, quatre grossesses normales ; avortement à trois mois et demi entre la troisième et la quatrième, pas de maladies, règles régulières ; grossesse tous les 11 mois ; vomissements pendant les 4 premiers mois, suites de couches normales, leucorrhée qui a augmenté depuis l'avortement.

Dernières règles du 1^{er} au 7 septembre 1896.

Vomissements dès le début de la grossesse, plus nombreux que dans les grossesses précédentes, (10 fois par jour en moyenne).

Depuis 3 semaines, pertes de sang et vomissements de plus en plus tenaces ; aucun aliment n'est supporté.

(1) V. Bué, Presse médicale, 21 juillet 1897.

Renseignements peu précis sur le caractère des hémorrhagies ; l'attention de la malade est attirée sur ses vomissements.

Examen à l'entrée : état général mauvais ; anémie et amaigrissement considérable ; douleurs au creux épigastrique ; température, 39° 3, pouls 120, vomissements incessants.

Utérus volumineux pour l'âge présumé de la grossesse. (deux mois et demi) ; son fond atteint l'ombilic ; cet utérus est dur, en contraction permanente, non douloureux, col fermé, légèrement ramolli.

Auscultation négative.

La malade perd toujours un peu de sang sans caractères particuliers.

Repos au lit ; glace qui calme les douleurs stomacales et la soif ardente de la malade, le pouls reste fréquent (120 à 130), pas de fièvre, pas d'albumine.

L'amaigrissement progresse ; langue sèche, dents fuligineuses, haleine fétide ; urines rares.

Le 24 novembre. — M. le professeur Gaulard décide de provoquer l'avortement ; en pratiquant le toucher, on trouve depuis la veille de notables changements, le col est ouvert, perméable à deux doigts, on y sent un bord placentaire.

En quelques heures, le placenta est expulsé ; il est volumineux, présente des lésions de dégénérescence myxomateuse des villosités choriales ; à la coupe, nombreuses vésicules. Le lendemain, la malade ne vomit plus et s'alimente, suites de couches normales.

La malade reprend de l'embonpoint et sort guérie.

Observation 3 (1).

Mul... (Marie), 26 ans, couturière, a eu 4 grossesses antérieures, à terme, sans complications. N'a plus eu ses règles depuis l'âge de 20 ans, par suite de grossesses et d'allaitements successifs. En août 1896, elle est prise brusquement d'hémorrhagie utérine intense qui l'oblige au repos. Depuis lors, elle perd du sang d'une façon continue, pas de caillots, pas de vésicules.

Presque en même temps, surviennent des vomissements graves, répétés ; *intolérance absolue pour tous les aliments*, liquides et solides. La malade épuisée entre dans le service de médecine ; elle vomit toujours, mais un peu moins et perd du sang ; son ventre augmente de volume.

Elle sort du service et le 3 janvier 1897, à 10 heures du matin, apparaissent quelques douleurs, qui augmentent vers 5 heures du soir ; des caillots sanguins sont expulsés. Cette femme se rend dans un poste de police pour réclamer une voiture et y accouche.

Personne ne regarde le produit expulsé, et la voiture d'ambulance amène à l'hôpital la mère et ce qu'on croit être l'enfant.

L'interne du service M. Potel, reconnaît une môle volumineuse.

Observation 4 (2)

Desw... (Hélène), 28 ans, journalière, entre à la Clinique obstétricale le premier mai, pour des *comissements revêtant un*

(1) Bué, Presse médicale, 21 juillet 1897

(2) id.

caractère de gravité exceptionnelle. Elle n'a jamais été enceinte.

Dernières règles : fin janvier 1897 ; durée 4 jours.

Les vomissements ont débuté vers le 15 mars ; ils sont fréquents pendant le jour ; pendant la soirée, ils se répètent deux ou trois fois, puis à partir de 10 heures, ils cessent jusqu'au matin ; ils sont remplacés par du pyalisme abondant. La bière et le lait sont alors supportés en petite quantité.

Constipation opiniâtre ; mictions peu abondantes. Le 30 mars apparaît un léger écoulement sanguin intermittent.

Aucune maladie antérieure à signaler, sauf une attaque de grippe vers la fin du 1^{er} mois de sa grossesse.

Amaigrissement extrême. Femme émaciée, pâle, sans force ; pas de fièvre, pas d'albumine. Le ventre est plus développé que normalement, vu l'âge de la grossesse.

Pas de mouvements actifs du fœtus ; auscultation négative.

Pendant quelques jours, on essaie contre les vomissements diverses méthodes thérapeutiques : glace, potion de Rivière, suggestions, badigeonnage du col utérin avec une solution au nitrate d'argent au 1/30^e. Résultat négatif : l'affaiblissement devient considérable.

On fait le diagnostic de môle vésiculaire.

M. le professeur Goulard provoque l'accouchement, Môle.

Suite de couches normales.

Observation 5 (1)

M. Pelvet présente une môle vésiculaire de l'utérus, expulsée par une femme de 28 ans, qui avait eu déjà 8 grossesses toutes

(1) Pelvet. Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1863.

terminées à deux mois et demi, sans cause connue, par des fausses couches. Au mois de janvier dernier, elle avait cessé depuis deux mois d'être réglée et se croyait enceinte, lorsqu'elle fut prise de pertes abondantes. Elle ignore toutefois si elle rendit alors des caillots ou quelque chose d'analogue au produit de la conception. Cependant le ventre continua à se développer, quoique ses menstrues ne se produisissent plus à leur époque naturelle. Au mois de juin, elles furent supprimées de nouveau, et la malade ressentit des envies de vomir. En août, une métrorrhagie eut lieu ; à cette époque, les vomissements avaient succédé aux nausées, et ils étaient fréquents. Les aliments n'étaient pas supportés.

Le 28 août, l'utérus atteint l'ombilic, mou, donnant la sensation d'une vessie fortement distendue par du liquide.

Le col est ramolli, entr'ouvert.

On chercha à combattre les vomissements par l'eau de Vichy, l'eau de chaux et l'extrait thébaïque. Mais on ne put empêcher leur prompt retour.

15 septembre. — Des caillots de sang accompagnés d'un grand nombre de petits kystes unis entre eux et d'un volume variable furent rejetés par le vagin. La mort eut lieu du 15 au 16... L'autopsie fit voir que l'utérus remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La dimension d'une trompe à l'autre était de 22 centimètres.

Observation 6 (1)

X... a eu un enfant il y a 18 mois ; depuis le 11^e mois de l'allaitement les règles avaient été régulières jusqu'au 22 avril 1886, jour où elle sevrâ son enfant. Depuis cette époque plus rien.

(1) J. Chadwick. Boston. Med. and surgical journ. 1887, vol. 116, (Obs. résumée).

7 mai. — Ecoulement de sang, aqueux, qui revient dans les 4 semaines suivantes, presque chaque fois qu'elle se couchait. A partir de cette époque, les *vomissements* furent fréquents et graves.

1^{er} juin. — Le D^r Donald, appelé auprès de la malade constate que l'utérus est élargi et remonte presque jusqu'à l'ombilic. Les vomissements ne pouvaient être arrêtés que par des doses fréquentes de morphine.

6 juin. — C'est-à-dire 11 semaines après les dernières menstruations, la malade est encore en bon état. Les vomissements étaient si fréquents que la malade ne pouvait rien garder dans son estomac. L'utérus s'élève à un pouce au-dessus de l'ombilic. Pas de bruit fœtal.

8 juin. — La malade venait de vomir pendant 24 heures ; elle est très épuisée. Pouls, 150. Cœl rigide, dilatation, déplétion de l'utérus de la môle.

Observation 7 (1)

M^{me} B..., âgée de 36 ans, habite un village des environs de Montbéliard. Tempérament lymphatique : constitution affaiblies par six grossesses, dont deux se sont terminées au 3^e mois par des fausses couches. La dernière, qui a eu un cours normal, remonte à l'année 1869. Réglée à 14 ans, elle le fut toujours régulièrement.

Vers le 15 janvier 1872, M^{me} B... me fit appeler ; elle se plaignait de nausées, d'inappétence, d'aigreurs. Elle se disait bien abattue. Les règles s'étaient manifestées pour la dernière fois

(1) D^r Fréd. Tuefferd, Union Médicale, 1873,

15 jours auparavant, mais avec plus d'abondance que d'habitude. Le sang en était pâle. Il n'y avait point de leucorrhée. Les reins n'avaient subi aucune modification.

Je ne constatai que de l'anémie et de la dyspepsie. La plus grande fréquence des nausées dans les premières heures du jour me faisait soupçonner un état probable de grossesse; malgré les dénégations formelles de M^{me} B..., je lui conseillai le repos, l'usage du quinquina, me réservant à une visite suivante de demander à la malade une investigation plus complète.

M^{me} B..., suivait ce régime depuis 15 jours. A cette époque, les règles firent une nouvelle apparition (1^{er} février). Une toux opiniâtre se déclara. Le ventre, me disait-elle, avait pris un développement très considérable. Elle éprouvait des maux de reins, des douleurs dans les cuisses. L'anémie avait augmenté. Le moindre mouvement déterminait de violentes palpitations. Enfin, les nausées étaient devenues *vomissements* : son estomac ne supportait à peu près aucune nourriture... Expulsion d'une môle volumineuse.

Observation 8 (1)

M^{me} C..., 26 ans, tempérament lymphatique, atteinte habituellement de leucorrhée; a eu trois accouchements normaux (1866-67-68) et vers la fin de décembre 1868, une fausse couche à 2 mois et demi. Le 16 septembre 1869, elle voit ses règles pour la dernière fois. Un mois après (14 octobre), écoulement sanguin, que la malade prend pour ses règles; puis, 4 jours après, elle est prise de *vomissements incoercibles* qui persistent pendant plu-

(1) MM. Fontan et Conche. Lyon Médical, 1870, n° 4.

sièurs jours, rebelles, malgré l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas : potion de Rivière, opiacés, etc., en même temps que les hémorrhagies continuent. Bientôt le travail d'avortement apparaît, et s'accroît si bien que le 26 octobre des douleurs très grandes surviennent coïncidant avec une cessation brusque des vomissements. Le col se dilate, et le toucher ayant permis à ce moment de reconnaître la môle, on parvient à l'extraire avec la main en s'y reprenant à plusieurs fois à cause de sa grande friabilité. Môle grosse comme une tête de fœtus à terme. Suites de couches normales. Le dixième jour, la malade était complètement guérie.

Observation 9 (1)

Le 22 mars 1869, je visite Mme C..., âgée de 46 ans, déjà mère de six enfants ; depuis 6 mois, elle a beaucoup maigri, et a vu en même temps son appétit décroître peu à peu et s'annihiler. Depuis 15 jours, elle *vomit invariablement* les boissons et les aliments immédiatement après leur introduction ; constipation tenace, tympanisme du ventre, et douleur intense au palper, principalement dans l'hypogastre, où la main découvre une tumeur globuleuse remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Pouls, température normaux. Pertes fréquentes. La faiblesse est telle que le lever sur le séant est le point de départ d'une syncope. Diagnostic : môle vésiculaire.

(1) E. Tartarin fils. Journ. des Médecins praticiens, 1882.

Observation 10 (1)

En 1873, j'ai observé, de concert avec feu le Dr Perrochau, de Boulogne, et le Dr Cazin, de Berck, un exemple de ce genre. Il s'agissait d'une jeune dame belge qui, au terme d'un long *voyage de noces*, était arrivée à Boulogne enceinte d'environ 3 mois. Malgré l'extrême gravité des vomissements, qui faisaient craindre à bref délai une issue funeste, je n'hésite pas (comptant sur un effet de diversion) à conseiller le retour au foyer paternel. Le Docteur Cazin accompagna la malade jusqu'à Bruxelles. Ainsi que nous l'avions prévu, le voyage s'effectua heureusement ; et, en fin de compte, cette dame ne tarda pas à se rétablir. L'examen de l'œuf démontra que nous avions affaire à une grossesse hydatiforme.

Observation 11 (2)

En janvier 1882, j'avais été appelé par M. le Docteur Chéreau pour voir à Asnières, une malade de 48 ans, II pare, enceinte de cinq mois, que j'avais accouchée au forceps douze ans auparavant.

Cette malade avait des *vomissements incoercibles*, que le traitement de mon honorable et savant confrère n'avait pu enrayer.

Il y avait suppression des règles, peu de modifications du col, mais le palper donnait la sensation d'une tumeur dure, ovoïde, assez élevée.

L'âge de la malade pouvait faire croire à une aménorrhée physiologique, et les vomissements pouvaient à la rigueur s'expliquer par l'existence de la tumeur susdite.

(1) Guéniot. Bull. de l'Acad. de Médecine, 1889, p. 248.

(2) E. Verrier. — Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie 1883, page 809.

Aucun signe certain de grossesse n'existait d'ailleurs.

Cependant, pensant à la possibilité d'une dégénérescence placentaire sans autre influence que l'âge du sujet, je proposai tout d'abord de placer 12 sangsues sur le col utérin, traitement préconisé par P. Dubois, et qui lui a réussi dans plusieurs cas de vomissements incoercibles.

Ce traitement présentait en outre l'avantage, dans le cas de grossesse normale de ne pas compromettre la marche de celle-ci, tout en laissant à la malade des chances de guérison. Je me réservais, du reste, en cas d'insuccès, de passer la sonde dans la cavité utérine, pour me rendre compte de l'état de cette cavité ou pour provoquer l'expulsion du produit dégénéré de la conception.

Ce traitement fut accepté par M. Chéreau.

Les sangsues procurèrent un soulagement de quelques jours dans les vomissements ; mais ceux-ci reprirent ensuite comme précédemment, et un nouveau rendez-vous fut pris avec le Docteur Chéreau.

Nous ne nous rencontrâmes pas à Asnières. La malade affaiblie par les vomissements, l'inanition et un peu aussi par les sangsues, réclamait à hauts cris sa délivrance. M. Chéreau crut devoir appeler un autre confrère, qui provoqua l'avortement, et le produit expulsé fut trouvé être, m'a-t-on dit, une môle vésiculaire, que je n'eus pas l'occasion d'examiner.

Observation 12 (1)

Le 9 mai, un confrère voisin fait, en mon absence, une première visite à M^{lle} D... qui, depuis 48 heures vomit tout ce qu'elle

(1) L. Cauty. Presse médicale 6 octobre 1897, n° 82.

prend. Elle n'a jamais été malade antérieurement, mais souffre quelquefois de coliques, et rend dans les selles des anneaux de ténia ; mon confrère établissant une corrélation entre ces deux signes, me laisse comme diagnostic : « vomissements causés probablement par la présence d'un ténia. »

Le lendemain et les jours suivants, je revois M^{lle} D... qui continue à vomir, malgré les moyens de traitement usités en pareil cas, et tous mis en œuvre. Agée de 20 ans, la malade jouit habituellement d'une bonne santé ; depuis l'âge de 14 ans, elle a toujours été bien réglée, mais n'a rien vu depuis six semaines ; elle croit à un simple retard, et se défend d'être enceinte, malgré un rapprochement sexuel qu'elle nous avoue avoir pratiqué aussitôt ses dernières règles. A la palpation de l'abdomen, qui est souple et normalement développé, il existe de la sensibilité à la pression au creux épigastrique, et dans la région hypogastrique, une sensation de tuméfaction mal limitée dépassant à peine le pubis.

Le 13 mai et les jours qui suivent, la malade perd du sang et croit au retour de ses règles ; pour ma part, je pense à un avortement. Des lettres anonymes ont été adressées dans ce sens-là à la gendarmerie qui fait une enquête sans résultat. La jeune fille, interrogée par nous, nie énergiquement toute tentative de ce genre ; d'ailleurs l'examen au spéculum ne révèle rien d'anormal ; au toucher, le col est fermé, non ramolli ; il a toute sa longueur. Rien dans le cul-de-sac, si ce n'est à droite, où l'on trouve une vague sensation d'empâtement assez dur. Il n'existe pas de fièvre, et la température reste normale durant tout le cours de la maladie.

Pendant cette première quinzaine, la situation reste à peu près stationnaire ; la malade ne souffre presque pas, dort une partie de la nuit, mais *rejette infailliblement tout ce qu'elle essaie d'absorber* ; elle perd du sang en petite quantité et d'une façon

intermittente ; le pouls faiblit et oscille entre 100 et 110 pulsations. Le ventre plus volumineux qu'au début, et peu belonné, présente de la sensibilité à la pression dans la région hypogastrique, où s'est développée une tumeur arrondie, qui fait saillie au-dessus du pubis, et qui doit être l'utérus.

Le 24 mai, un confrère de Soissons, appelé en consultation pour décider si une intervention opératoire ne serait pas opportune, hésite lui aussi, entre un avortement et une lésion inflammatoire du petit bassin encore mal localisée ; il conseille l'expectation : peut-être trouvera-t-on bientôt dans un cul-de-sac un point de fluctuation traçant la marche à suivre. Cependant les vomissements incoercibles persistent ; les hémorrhagies sont maintenant presque continues ; la malade s'affaiblit.

Dans les derniers jours du mois de mai, le ventre a augmenté de volume, à tel point que le fond de l'utérus remonte jusqu'à l'ombilic.

Le 4 juin, sur mon conseil, les parents se décident, après plusieurs jours d'hésitation, à transporter leur fille à l'hôpital de Soissons.

Le lendemain de son arrivée et les jours suivants, la malade peut supporter quelques aliments ; et les hémorrhagies cessent.

Tout permet d'espérer que l'état général va s'améliorer et qu'on pourra alors tenter quelque intervention chirurgicale.

Le 9 juin, à la visite du matin, le médecin du service trouve Mademoiselle D... plus énergique et plus gaie ; elle se sent plus forte, le repas de midi est bon et bien toléré. A 4 heures du soir, survient une hémorrhagie utérine très abondante qui détermine une syncope. A 7 heures, le médecin la voit et la trouve dans un état alarmant : pouls à peine perceptible, respiration excessivement fréquente, refroidissement des extrémités, mais l'hémor-

rhagie a cessé. Malgré les injections de sérum artificiel, les injections d'éther, la malade ne tarde pas à succomber.

Autopsie. — Utérus développé comme à 7 mois de grossesse et rempli par une môle très adhérente à la muqueuse dans toute son étendue.

Observation 13 (1)

Madame B..., 33 ans, de bonne constitution. Deux grossesses antérieures, normales.

Au commencement de sa dernière grossesse, elle se trouvait bien ; à partir du second mois survinrent des vomissements qui *résistent à tous les moyens thérapeutiques*. Plus d'appétit, dégoût pour les aliments, constipation. Elle maigrit, s'affaiblit et il lui est bientôt impossible de quitter le lit. Développement exagéré de l'utérus. Quelques jours avant la mort de la femme, le fond de l'utérus remontait à trois travers de doigt de l'ombilic.

Cet état durait depuis un peu plus de trois mois lorsqu'un matin on vint me prier de me rendre auprès de Madame B..., qui se trouvait très mal. Je la trouvai le teint creux, pouls petit, les extrémités froides. D'une voix faible, mais possédant encore toute sa connaissance, elle me dit que ses règles lui étaient revenues pendant la nuit, qu'elle n'était pas enceinte.

Dans le lit, se trouvait quelques gouttes de sang, et c'était le seul sang qu'elle eût perdu dans toute sa grossesse. L'utérus était très développé, surtout en largeur. Le fond arrivait entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

(1) Blanchard. Thèse. Lille, 1897. Observ. du docteur Inker, Mémorabilien, 1873.

Je ne doutai pas un instant qu'une hémorrhagie ne se fût faite dans la cavité utérine et qu'elle ne se continuât. Pendant ma visite, la femme perdit connaissance et mourut avant que je pusse intervenir.

Autopsie. — Môle.

Observation 14 (1)

Femme de 20 ans environ, II pare, vit ses règles se montrer 40 jours après son deuxième accouchement et revenir toutes les quatre semaines : elles se supprimèrent à la treizième époque et firent place aux symptômes d'une grossesse commençante. Les vomissements, qui avaient fait défaut dans les grossesses précédentes, se manifestèrent avec une *acuité effrayante* ; en même temps, apparaissent de l'œdème au visage et des symptômes d'anémie radicale. C'est à cette occasion que fut consulté M. Puech. La malade était à la fin du troisième mois de la grossesse, et pourtant l'utérus dépassait de deux travers de doigt le nombril. Cette circonstance, rapprochée de la violence des vomissements et de l'anémie profonde présentés par la malade, fit présumer à M. Puech une grossesse molaire, si bien qu'il crut devoir faire part de ses craintes à la mère. Une nuit, vers deux heures du matin, une hémorrhagie se déclare : d'abord insignifiante, elle prit peu à peu de l'intensité et amena un commencement de syncope ; vers 5 heures, la malade était exténuée et se plaignait de bourdonnements dans les oreilles.

Par le toucher, on constata que le méat était ouvert comme une pièce de 2 francs et le doigt ramena un fragment de mem-

(1) Soulayrac. Thèse. Montpellier, 1880.

brane. Vu la gravité de la situation, le tamponnement fut pratiqué, et le seigle ergoté administré. Dans l'après-midi, une môle vésiculaire pesant 850 gr. était expulsée, et au bout d'une dizaine de jours, la malade était en pleine convalescence.

Observation 15 (1)

Dumitra Jean entre à l'hospice de la Maternité de Bucharest, le 23 juillet 1863, se disant enceinte de 3 mois et souffrant de nausées, de vomissements, de palpitations, de dyspnée et de métrorrhagie.

Pendant toute sa vie, cette femme a été bien portante et bien réglée ; deux ans avant, elle mit au monde un enfant à terme, bien portant ; après cet accouchement sa santé est restée bonne, et enfin il y a 3 mois, elle s'est aperçue qu'elle était devenue enceinte pour la seconde fois. Dans le 1^{er} mois de cette grossesse tout allait bien ; mais au commencement du second mois, l'appétit commença à diminuer, puis apparurent des douleurs dans la région lombaire, avec bourdonnements d'oreilles, nausées, vomissements à la suite de toute ingestion alimentaire dans l'estomac, et même spontanément, surtout le matin. Au bout d'un mois et demi, à cet état s'ajoutèrent encore des palpitations de cœur, une petite hémorrhagie et une dyspée très marquée. Agée de 22 ans, cette femme, d'une constitution naturellement maigre, maintenant amaigrie encore par la maladie, porte sur sa physionomie une expression de souffrance ; la face est pâle, la température normale, le pouls est très agité, la respiration gênée sans lésion des voies respiratoires, les battements du cœur sont très exagérés,

(1) Butausco. — Thèse Paris, 1867.

avec des bruits anormaux, l'abdomen un peu météorisé et un peu sensible ; il y a vomissements fréquents, le foie et la rate n'offrent rien de particulier. On trouve l'utérus développé comme au 6^e mois d'une grossesse naturelle, avec une forme et une position régulières, et une consistance molle, sans qu'on parvienne à constater aucune partie fœtale. Par l'auscultation, nous entendons un léger bruit de souffle comme le souffle placentaire.

Tous les médicaments employés contre les vomissements, les palpitations et la dyspnée échouèrent, excepté les pilules de glace, qui produisirent un peu d'amélioration.

Le 5 août. — Commencement de travail d'accouchement. Des hémorrhagies abondantes accompagnèrent l'expulsion d'une môle, qui se fit en plusieurs morceaux. La femme se rétablit promptement, les suites de couches furent normales.

Observation 16 (1)

Femme de 32 ans, III pares normales, dernier enfant né en août 1879 et nourri au sein jusqu'au mois de juillet 1880.

Pour la 1^{re} fois de sa vie, elle souffre de maux de cœur continuels, de nausées et vomissements, accompagnés d'une grande faiblesse ; mais aucun symptôme du côté de l'utérus.

Retour des règles 3 mois seulement après la cessation de l'allaitement, profuses, mais sans douleurs. Les règles reparais-
sent le mois suivant. Elle fait dater la fécondation de la 2^e semaine de novembre.

Depuis décembre jusqu'à mars, date de son admission à l'hôpital, son état de santé est misérable. La femme a des nausées

(1) Neville. — The Dublin Journal 1881, p. 423.

continuelles, incapable de boire ni de manger. Elle est réduite à une prostration extrême.

Le 3 mars. — Vomissements considérables. Depuis ce jour jusqu'au 16, elle a un écoulement sanguin faible et constant, sans caillots.

A son admission, on trouve un utérus atteignant l'ombilic : son développement répond à un utérus de 6 mois, mais il est particulièrement tendu et résistant, et l'on ne sent aucune partie fœtale. Aucun signe à l'auscultation. Toucher : col dur et bien limité, orifice externe fermé. On n'obtient aucun ballottement.

Le lendemain matin, expulsion d'une petite môle.

Observation 17 (1)

M^{me} F..., jeune femme, mariée. Réglée régulièrement jusqu'au mois de septembre 1889, où elle eut ses dernières règles. Examinée le 19 décembre, elle présente de *vomissements incoercibles*, un écoulement rouge brunâtre. L'examen révèle une tumeur dans l'abdomen, s'élevant à quelques pouces au dessus de l'ombilic et présentant les dimensions d'un utérus au 7^e mois de la grossesse. Cette tumeur est fluctuante. La palpation ne permet de reconnaître aucune partie fœtale. L'auscultation est négative. Les urines rares. La malade présente en un mot tous les signes d'une grossesse. Elle expulse quelque temps après une môle vésiculaire.

(1) Lewers, Lancet, 3 mai 1890.

Observation 18 (1)

Madame F..., âgée de 25 ans, a déjà eu deux grossesses antérieures ; l'une à 22 ans, l'autre à 24 ans, terminées l'une et l'autre par un accouchement normal. Elle est habituellement bien portante et, depuis le dernier accouchement, les règles sont survenues sans incidents ; la dernière époque menstruelle a eu lieu le 10 août. Vers le 20 août, Madame F... remarque une série d'accidents qui lui font supposer qu'elle se trouve au début d'une troisième grossesse, savoir : *crachotement* incessant, répugnance pour divers aliments, fatigue générale, pâleur, violentes palpitations du cœur. Elle vint me consulter à la fin d'août et je me contentai de lui prescrire un traitement fortifiant.

Je revois ma malade le 11 octobre. Elle est alitée et j'apprends que ses règles ne sont survenues que le 16 septembre avec un retard de 8 jours ; elles ont été accompagnées de la perte de quelques petits caillots, et ont persisté depuis cette époque sous la forme de pertes de sang plus ou moins abondantes, s'arrêtant parfois pendant 2 ou 3 jours, pour recommencer ensuite. Le ptyalisme, que j'avais observé un mois auparavant, a persisté et la malade crache maintenant au moins deux litres par jour. En outre, depuis le 20 septembre, un phénomène nouveau est survenu ; il consiste en vomissements fréquents, tantôt alimentaires, tantôt simplement muqueux. Le peu d'aliments ingérés est rejeté.

Pouls 10 ; température 37°4.

L'examen de l'utérus permet de constater un développement régulier de cet organe, qui remonte jusqu'au niveau du pubis et

(1) Docteur Peyre. — Journal de Médecine de Bordeaux 1891,

est perceptible à la main à travers les parois de l'abdomen très amaigri.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est mobile.

Les pertes sont sanguinolentes ; mais, n'ont aucune fétidité. Je recommande quelques injections chaudes antiseptiques, et j'essaie d'arrêter les vomissements qui, par leur intensité, constituent actuellement le danger le plus sérieux. Pendant 20 jours je mets en œuvre tous les médicaments habituellement employés : bromure de potassium, morphine, cocaïne, eau chloroformée, boissons gazeuses, glace à l'intérieur et en application sur le creux épigastrique, vésicatoires, sans obtenir un seul instant la cessation des accidents. La malade ne *conserve absolument aucun aliment* ni solide, ni liquide, et elle est parvenue à un état de maigreur presque squelettique. Les pertes de sang persistent avec plus ou moins d'abondance, arrêtées momentanément par les injections chaudes, mais recommencent bientôt.

Une situation aussi grave ne pouvait se prolonger et le danger couru par la malade me décide à appeler en consultation mon excellent confrère le Docteur Laude, pour discuter avec lui s'il y a lieu de provoquer un avortement, seule chance de salut à l'heure présente.

Le 2 novembre, nous examinons ensemble la malade. L'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il est régulièrement développé, mais il donne à la palpation la sensation d'une masse molle et peu résistante. On aperçoit sous l'effet de la palpation de légères contractures utérines. Un bruit de souffle utérin (placentaire) se distingue nettement. Le développement de l'utérus correspondait à une grossesse de 4 mois et demi et, en présence des phénomènes insolites qui se sont présentés, nous supposons que la grossesse doit remonter à une époque anté-

rière à celle indiquée par M^{me} F... Nous décidons de provoquer l'avortement.

Le 4 novembre, avec le concours du D^r Chamberlant, et toutes précautions antiseptiques régulièrement observées, une sonde en gomme est introduite dans l'utérus et laissée à demeure.

Le 5 novembre, pas de douleurs, pas de contractures utérines; la malade a bien dormi; les pertes de sang ont cessé, mais aucune alimentation même liquide n'est tolérée.

Dans la nuit du 5 au 6 novembre, la sonde tombe à la suite de mouvements brusques; pas de perte de sang.

Le 6 au matin, des douleurs commencent; à onze heures, elles sont devenues presque continues. A midi, M^{me} F... accouche d'une masse molaire volumineuse, sortant en une seule fois, accompagnée d'une abondante hémorrhagie.

Le pouls est tombé très vite à 80. Les vomissements, le ptyalisme ont cessé immédiatement après l'avortement et ne se sont plus reproduits. La malade a commencé de prendre de la nourriture,

La môle pesait 1,200 gr., pas trace de fœtus.

Observation 19 (1)

M. Hermont à la Société médicale de Reims, séance du 8 janvier 1867, cite l'observation d'une femme ayant présenté six fois une apparence de grossesse avec vomissements incoercibles nécessitant l'avortement provoqué. Toutes les fois, il y eut expulsion de simples masses hydatiformes.

(1) Société médi. de Reims. Séance du 8 janvier 1867.

Etude du symptôme : Vomissements incoercibles

Fréquence. — D'après notre statistique, la fréquence des vomissements incoercibles serait représentée par le chiffre de 15,1 p. % comme nous l'avons indiqué précédemment. Ce chiffre est certainement bien supérieur à celui qui représenterait la proportion des vomissements incoercibles dans la grossesse normale. En effet, M. le Dr Boissard, dans une clinique faite à l'hôpital de la Charité, en 1895, sur les vomissements incoercibles de la femme enceinte s'exprime ainsi : « Depuis que je m'occupe d'obstétrique, j'ai eu l'occasion d'examiner des milliers de femmes enceintes ; sur ce chiffre, je trouve *une* observation de vomissements incoercibles dans la clientèle hospitalière, tandis qu'en ville où le chiffre de nos examens est bien moins considérable, j'en ai déjà recueilli *trois*. »

Ainsi, d'après cet auteur, les vomissements incoercibles dans la grossesse seraient très rares puisqu'il ne les trouve que quatre fois sur des milliers d'accouchements. Nous sommes loin, on le voit, de notre chiffre.

Outre nos 19 observations relatées plus haut, nous tenons à faire remarquer que parmi nos 127 observations, nous relevons 27 cas où la grossesse molaire s'est accompagnée de vomissements simples et dans bon nombre de ceux-ci ils revêtaient le caractère de vomissements presque

incoercibles. Ajoutons que parmi nos 30 observations avec albuminurie nous en trouvons 8 où il est fait mention de vomissements très fréquents.

Epoque d'apparition. — Nous avons cherché à quelle époque ont commencé les vomissements incoercibles et nous avons trouvé pour nos 19 observations les renseignements suivants :

Dans 4 cas les vomissem. ont commencé au (1) 1 ^{er} mois			
— 3	—	—	2 1/2 —
— 4	—	—	2 ^e —
— 1	—	—	2 1/2 —
— 2	—	—	3 ^e —
— 1	—	—	4 1/2 —
— 1	—	—	5 1/2 —
— 1	—	—	9 ^e —
— 2	pas d'indications.		

On voit d'après ce tableau que les vomissements incoercibles de la grossesse molaire apparaissent en général dans les premiers mois de la gestation anormale. Il y a là une analogie complète avec ce qu'on observe dans les grossesses normales compliquées de vomissements incoercibles. En effet sur 43 cas de ce genre. M. Guéniot trouve les vomissements incoercibles : 9 fois dans les premières semaines de la grossesse, 15 fois au début du 1^{er} mois, 9

(1) Les vomissements ont commencé d'abord par être simples, et ils se sont montrés aux environs des dates que nous donnons ici ; ainsi une de nos observations signale les vomissements 8 jours après la cessation des règles, nous la plaçons cependant parmi les 4 cas où les vomissements ont commencé au 1^{er} mois.

fois de 1 à 2 mois, 5 fois de 2 à 3, 1 fois de 4 à 3, 2 fois de 4 à 5 et enfin 2 fois de 6 à 7 mois.

A part leur fréquence, les vomissements incoercibles de la grossesse molaire offrent encore un autre caractère : c'est de présenter parfois une évolution rapide dans leurs trois périodes.

Parfois avant aucun phénomène de vomissement, la femme présente déjà une faiblesse extrême (Obs. 7) et une anémie prononcée qui l'oblige à s'aliter. Cet état est aggravé par les vomissements qui se montrent alors. La femme entre ainsi rapidement dans la seconde période de sa maladie ; le pouls est accéléré (130 obs. 2, 150 obs. 6) et faible. On comprend facilement l'évolution rapide de ces symptômes, quand on pense à la fréquence et à la ténacité des hémorrhagies qui accompagnent l'évolution de la môle. Fort heureusement celle-ci est généralement expulsée à cette seconde période. Dans ces cas, les vomissements cessent immédiatement (obs. 2, 8, 14, 15, 18) et la malade se rétablit rapidement. D'autres fois la femme déjà très affaiblie par les vomissements meurt d'une hémorrhagie survenant au début de l'expulsion de la môle (obs. 13) sans avoir eu le temps de présenter les accidents cérébraux de la 3^e période des vomissements incoercibles.



Pathogénie

Maintenant que nous avons fini avec l'étude de nos deux symptômes, voyons quelle est leur pathogénie.

A. — *Albuminurie.*

Nombreuses sont les théories qui ont été émises pour expliquer le passage de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes. Passons en revue les suivantes :

1^o *Théorie de l'albuminurie par dyscrasie.* — Ici, l'albuminurie serait la conséquence des modifications que la grossesse imprime à la masse sanguine : l'état d'hydrémie, l'augmentation des substances salines pourrait suffire à expliquer la production de l'albuminurie. Gubler a donné une autre explication : Celle de la *superalbuminose* s'appuyant sur une expérience de Cl. Bernard qui produisait une albuminurie expérimentale en injectant dans le sang une certaine quantité d'albumine du sang ou du sérum. Gubler a fait remarquer que pendant la grossesse l'albumine du sang diminuait proportionnellement moins que les globules ; qu'en outre, il y avait chez la femme enceinte une grande production de matières albuminoïdes devant servir aux organismes maternel et fœtal. Ainsi, lorsqu'il y a de

l'albuminurie, « tantôt c'est la mère qui fabrique trop, tantôt c'est le fœtus qui ne consomme pas assez ; d'autres fois les deux circonstances concourent au même résultat. » Il y a alors exagération de la quantité d'albumine dans le sang, et c'est cette albumine en excès qui s'élimine par les urines.

Pour d'autres auteurs ce serait l'acide carbonique en excès dans le sang de la femme vers la fin de la grossesse qui produirait l'albuminurie.

2° *Théories de l'albuminurie par augmentation de la pression sanguine.* — Pendant la grossesse, la masse totale du sang augmente : expériences d'Andral et Gavarret, de Becquerel et Rodier, etc. ; il est possible que la pression à laquelle ce liquide est soumis soit accrue. M. Peter se rallie à cette opinion : « ... Mais qui dit plus de sang dans l'organe, dit plus de pression vasculaire ; qui dit plus de pression vasculaire, dit filtration possible, aveugle, insensée du sérum du sang, voire même du sang en nature, phénomène qu'on appelle proprement albuminurie et qui n'est que la sérumurie (Peter) » ; ici toutefois l'albuminurie n'est plus attribuée à l'hydrémie mais à l'excès de la pression sanguine.

On a invoqué successivement tantôt la situation anatomique du rein comme favorisant un afflux plus considérable de sang dans les artères rénales (Becquet), tantôt la pression plus grande dans les vaisseaux artériels du rein à la suite de la compression de l'aorte au-dessous de l'émergence des artères rénales, compression qui serait

exercée par l'utérus gravide ; enfin, la compression des veines rénales et surtout de la veine rénale gauche qui est longue et plus accessible que la veine rénale droite.

3° *Albuminurie gravidique par obstacle à l'excrétion de l'urine* (1). — « Il est certain, dit le professeur Tarnier, qu'un obstacle longtemps prolongé à l'écoulement de l'urine entraîne l'albuminurie et produit dans le rein des lésions d'abord limitées à l'épithélium, puis étendues au tissu interstitiel. »

Halbertsma pense qu'on peut observer ces phénomènes pendant la grossesse. Il n'est pas douteux que chez la femme enceinte les uretères puissent être comprimés et qu'il en résulte une gêne à l'écoulement de l'urine ; mais cette interprétation admissible pour quelques faits ne saurait être généralisée, car bien souvent l'autopsie ne permet de reconnaître aucun signe de compression des uretères. »

4° *Albuminurie par lésions rénales* (2). — « Quelle que soit la théorie que l'on admet pour expliquer la production de l'albuminurie pendant la grossesse, il existe toujours une modification anatomique du filtre rénale. Mais si dans un certain nombre de cas il y a tout d'abord néphrite, puis albuminurie, il faut avouer que bien souvent il n'en n'est pas ainsi ; à l'autopsie les lésions rénales qu'on observe chez certaines femmes ayant succombé à des attaques d'éclampsie sont parfois bien minimes, et on

(1) Tarnier et Budin. *Traité de l'art des accouchements*, t. II.

(2) Tarnier et Budin. *Traité de l'art des accouchements*, t. II.

pourrait les considérer comme étant la conséquence du passage de l'albumine à travers l'épithélium rénal, et non comme étant la cause de l'albuminurie.

Enfin, il est bien difficile d'admettre sans réserve qu'il y ait néphrite quand on voit l'albuminurie gravidique être parfois si passagère et guérir sans retour. »

Il nous reste une dernière théorie à examiner : celle de l'auto-intoxication gravidique que nous exposerons plus loin pour ne pas nous répéter ; car, elle explique et le symptôme albuminurie et le symptôme vomissements incoercibles.

B. Vomissements incoercibles

Les lésions qu'on a rencontrées à l'autopsie des femmes mortes de vomissements incoercibles sont très variables : tantôt on ne constate aucune lésion, soit du côté des organes génitaux, soit du côté des autres appareils ; tantôt il existe des lésions qui peuvent expliquer jusqu'à un certain point le phénomène vomissement ; mais, dans ce cas, il s'agit plutôt de vomissements graves chez une malade qui est enceinte que de vomissements *liés à l'état de grossesse*.

Les lésions de l'estomac sont des inflammations phlegmoneuses, des ulcérations de la muqueuse, des tumeurs cancéreuses. On a noté également le cancer du foie, la péritonite tuberculeuse ou cancéreuse, les hernies, etc.

Du côté de l'appareil génital, les altérations le plus fréquemment observées sont des lésions diverses des

membranes et en particulier de la caduque, l'oblitération du col, des tumeurs fibreuses, des tumeurs de l'ovaire, etc. Le professeur Pinard pense que dans la pluralité des cas, ces lésions n'ont aucune action directe sur la production des vomissements, il n'y a là qu'une simple coïncidence. Combien, en effet, de femmes enceintes présentent ces lésions sans avoir de vomissements incoercibles !

Ces nombreuses lésions ne suffisent donc pas à expliquer par elles-mêmes la pathogénie des vomissements incoercibles. La grande cause qui agit ici, c'est évidemment la grossesse. Mais, par quel mécanisme exerce-t-elle cette action fâcheuse ? Pour certains auteurs, il y a là une *action réflexe* produite par l'utérus gravide sur l'estomac ; le muscle utérin se laisserait difficilement distendre, d'où pression des extrémités terminales des nerfs utérins et vomissements par voie réflexe. Cette théorie a été combattue par Howitz, qui a fait remarquer que les vomissements graves surviennent à une époque où il n'y a pas encore surdistension de l'utérus.

Bretonneau, Graily, Hervitt et d'autres encore reconnaissent les déviations utérines comme causes des vomissements incoercibles. Mais souvent l'examen de la femme ne révèle pas la moindre déviation, et, d'autre part, des déviations assez accusées de l'utérus gravide peuvent exister sans s'accompagner de vomissements.

Les *érosions*, les *excoriations* du col (Bennet), l'inflammation parenchymateuse de l'utérus (Dance, Guéniot,

Howitz), coïncident fréquemment avec les vomissements incoercibles.

Toutes ces théories n'expliquent guère la genèse des vomissements incoercibles, ni le passage de l'albumine dans les urines des femmes enceintes.



Théorie de l'auto-intoxication gravidique

Il en existe une autre admise maintenant par la plupart des auteurs et qui a pris naissance sous l'influence des travaux de M. le professeur Bouchard, c'est celle de l'auto-intoxication. M. le professeur Pinard s'est efforcé de démontrer que toutes les femmes enceintes sont sous le coup d'une auto-intoxication gravidique, et que les accidents tels que : ptyalisme, vomissemets simples ou incoercibles, albuminurie, certains œdèmes, attaques d'éclampsie, sont sous la dépendance de cette auto-intoxication. Voici, en effet, comment il s'exprimait à la séance de l'Académie de Médecine du 31 janvier 1893 ;

« Avant d'aborder la question du traitement des accès éclamptiques, il est nécessaire, je crois, d'affirmer ici que nous ne considérons plus l'albuminurie, comme *des maladies*, comme des entités morbides mais bien comme des manifestations de l'auto-intoxication gravidique. Je ne pense pas qu'il soit possible de soutenir à l'heure actuelle une opinion contraire.

« Et si nous ne connaissons pas encore d'une façon précise le mécanisme suivant lequel se produit le passage de l'albumine dans les urines des femmes enceintes, si nous ignorons quelle est cette albuminurie, et si elle est toujours la même chez toutes les femmes, si nous ne

sommes guère plus renseignés sur la nature et le nombre des poisons qui déterminent les accès convulsifs, nous sommes, par contre, certains que, pendant la grossesse, il peut se produire et il se produit une intoxication du sang, une toxémie, par rétention ou plutôt par insuffisance des organes chargés de détruire ou éliminer ces poisons.

« Je me contente, pour le moment, de cette notion : à savoir que chez la femme enceinte il peut se produire, et il se produit une auto-intoxication dont deux des principales manifestations sont : 1° Le passage de l'albumine dans les urines ; 2° l'apparition d'accès dits éclamptiques. »

M. le professeur Pinard explique cette auto-intoxication gravidique par une *insuffisance physiologique du foie*. En effet, il a montré qu'on trouvait chez la femme enceinte tous les signes que L. Levi a décrits dans sa thèse (Paris, 1896), dans le cas d'impotence fonctionnelle hépatique. Aussi propose-t-il de ranger tous ces symptômes signalés plus haut sous le nom d'*hépto-toxémie gravidique*.

Cette conception de l'insuffisance fonctionnelle du foie comme cause de l'auto-intoxication gravidique a un appui considérable dans les expériences suivantes : Eck (1), par une opération très ingénieuse faite sur des chiens, supprima complètement l'influence du foie sur le sang de la veine porte, en réunissant celle-ci avec la veine cave

(1) Archiv. des sciences biolog. publiées par l'institut impérial de Saint-Petersbourg, t. I, n° 4 (1892),

inférieure. Il vit alors que les chiens chez lesquels le sang venant des intestins, passait directement de la veine porte dans la veine cave inférieure, ne pouvaient manger de viande sans éprouver des accidents du système nerveux entraînant parfois la mort, tandis qu'ils se portaient bien, si on les nourrissait avec du lait. D'autre part, MM. Gilbert et Dominici ont constaté que la quantité des bactéries contenues dans le tractus intestinal est 60 fois moins élevée par l'alimentation lactée : il se fait donc, grâce à celle-ci, une quasi-asepsie du tube digestif, et l'auto-intoxication en est diminuée d'autant. Enfin, MM. Charrin et Roger ont montré que la toxicité urinaire chez l'homme bien portant diminue considérablement la quantité des poisons formés à la surface de la muqueuse intestinale et, par conséquent, diminue l'intensité de l'auto-intoxication. Dans le régime ordinaire, c'est le foie qui, placé comme une barrière entre la circulation générale et la veine porte, détruit les poisons que celle-ci lui apporte. Aussi, dès que les fonctions de cet organe sont troublées, en un mot, dès que le foie devient insuffisant, les accidents de l'auto-intoxication apparaissent.

Nous nous rangeons complètement à l'avis de M. le professeur Pinard, d'autant plus volontiers que cette manière de voir nous permet de comprendre la pathogénie des accidents de la grossesse molaire que nous étudions ici. En effet, nous avons vu au début de ce travail, que la môle vésiculaire présente tous les signes d'une grossesse normale, tels que : suppression des règles, pyalisme,

vomissements, etc. Seulement, nous l'avons vu, c'est une grossesse compliquée, car ces symptômes sont presque toujours *exagérés* ou *troublés*. Souvent, ils s'accompagnent d'accidents qui font généralement défaut dans la grossesse normale ; ce sont, sans parler des hémorrhagies dont nous ne nous occupons pas ici, l'albuminurie précoce, les œdèmes partiels, l'anasarque, les vomissements incoercibles, etc. Ces accidents sont très fréquents dans la grossesse molaire, comme le montre l'ensemble du tableau ci-contre, résultat de nos recherches :

Albuminurie.....	30 cas
Vomissements incoercibles.....	19 —
Vomissements simples.....	27 —
Sans vomissements, ni albumine signalés...	48 —
Analyse de l'urine indiquée et négative.....	3 —
Total.....	127 cas

Cette intoxication de la femme qui a une grossesse molaire, outre qu'elle est plus fréquente, revêt parfois dès le début un certain caractère de malignité. Champreys nous en donne un bel exemple dans le cas de cette femme qui, dès le début de sa grossesse anormale, tomba dans une véritable cachexie sans présenter ni vomissements, ni hémorrhagies qui pussent expliquer cet état. Dans d'autres cas, nous avons vu des femmes ayant eu de nombreuses grossesses sans jamais présenter de vomissements même simples, prises tout d'un coup de vomissements

graves à l'occasion d'une grossesse molaire. Autre fait caractéristique : c'est le cas relaté dans l'observation 19 (1) de cette femme qui présenta successivement six grossesses molaires s'accompagnant toutes de vomissements incoercibles, qu'on ne put réprimer qu'en provoquant l'avortement.

Puisque la grossesse molaire a des rapports si étroits avec la grossesse normale, puisque les mêmes accidents se rencontrent dans l'une comme dans l'autre, n'est-il pas logique a priori de leur donner une même explication pathogénique ? Pour notre part, nous admettons entièrement cette manière de voir : la femme qui présente une grossesse molaire est sous le coup d'une auto-intoxication gravidique, au même titre que toute femme enceinte, avec cette différence que cette intoxication est précoce, qu'elle revêt un caractère plus grave et qu'elle expose davantage la femme aux accidents que nous avons étudiés dans ce travail.



(1) II^e partie ; Vomissements incoercibles.



CONCLUSIONS

1° L'albuminurie est un symptôme fréquent de la grossesse molaire (30 sur 127, soit 23.8 pour cent).

2° C'est une albuminurie précoce, survenant dans les premiers mois de la gestation anormale.

3° L'albuminurie est en général très abondante, mais disparaît rapidement après l'expulsion de la môle.

4° Cette albuminurie s'accompagne presque toujours d'œdèmes précoces, partiels ou généralisés, et des autres symptômes qui caractérisent d'ordinaire l'insuffisance rénale.

5° Les vomissements incoercibles présentent une fréquence assez notable dans la grossesse molaire (19 cas sur 127, soit 15.1 pour cent).

6° Ils apparaissent comme dans les grossesses normales, où cette complication existe, au début de la gestation ; mais ils ont tendance à évoluer plus rapidement, en raison des hémorrhagies fréquentes et tenaces qui accompagnent l'évolution de la môle vésiculaire.

7° La pathogénie de ces deux symptômes est identique : tous deux sont sous la dépendance d'une auto-intoxication gravidique poussée ici à un degré plus marqué que dans la grossesse normale.

Vu :

Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

